TIMES NA SAÚDE:

Linha de cuidado à pessoa com Hipertensão e Diabetes

Irmã Rosane Ghedin
Vilma Rodrigues Venâncio Moreira
(Organizadoras)

Alan Destácio Costa
Diana Verona Rua
Eduardo Evangelista dos Santos
Milka Monteiro de Luna
Glaucia Tavares
Jaqueline Agostinha Murolo Pierotti
Martim Elviro de Medeiros Junior
Renata Casagrande Guzella
Shaiddy Araujo Faria
Vanessa Mendes de Jesus

Ano 2023

TIMES NA SAÚDE:

Linha de cuidado à pessoa com Hipertensão e Diabetes

Irmã Rosane Ghedin
Vilma Rodrigues Venâncio Moreira
(Organizadoras)

Alan Destácio Costa
Diana Verona Rua
Eduardo Evangelista dos Santos
Milka Monteiro de Luna
Glaucia Tavares
Jaqueline Agostinha Murolo Pierotti
Martim Elviro de Medeiros Junior
Renata Casagrande Guzella
Shaiddy Araujo Faria
Vanessa Mendes de Jesus

Ano 2023

Atena
Editora

Times na saúde: linha de cuidado à pessoa com hipertensão e diabetes

Diagramação:	Ellen Andressa Kubisty
Correção:	Maiara Ferreira
Edição de arte:	Luiza Alves Batista
Revisão:	Julie Silvia Martins
Organizadoras:	Irmã Rosane Ghedin Vilma Rodrigues Venâncio Moreira

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

T583 Times na saúde: linha de cuidado à pessoa com hipertensão e diabetes / Organizadoras Irmã Rosane Ghedin, Vilma Rodrigues Venâncio Moreira. - Ponta Grossa – PR: Atena, 2023.

Inclui bibliografia
ISBN 978-65-258-1403-2 (Brochura)
DOI 10.22533/at.ed.032231206

1. Hipertensão. 2. Diabete. I. Ghedin, Irmã Rosane (Organizadora). II. Moreira, Vilma Rodrigues Venâncio (Organizadora). III. Título.
CDD 616.132

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

Ano 2023

APRESENTAÇÃO

“Transformar a sociedade à luz do evangelho tendo a ciência deste mundo como instrumento e meio” (Beato Luigi Biraghi).

A Santa Marcelina é uma Obra permanente na qual educar pela convivência, exemplo e trabalho árduo se torna inexorável à totalidade de sua prática. Sua forma “[...] transformadora e aberta ao diálogo crítico, às conquistas e ao avanço dos tempos [...]” tem uma relação intrínseca com a ciência para o Bem, orientada por valores éticos, humanitários e cristãos no âmbito da educação, cultura e saúde.

O Instituto das Irmãs de Santa Marcelina surgiu da vontade de Deus no coração do fundador Beato Monsenhor Luigi Biraghi, pela intercessão da Virgem das Dores e teve como sua cofundadora Madre Marina Videmari, sendo inaugurado no ano de 1838, em Cernusco-Itália.

Luigi Biraghi viu a mulher como centro de seu programa educativo e social, acreditando em sua dignidade e missão específica. O modelo para o projeto educativo de sua Obra foi inspirado em Santa Marcelina, que viveu no século IV. Ela assumiu, aos 17 anos, a educação de seus irmãos Sátiro e Ambrósio, após ficarem órfãos.O método abençoado, querido pelo fundador, como viga mestra de sua pedagogia, consiste em educar “estando juntos”, sendo sempre uma presença viva e próxima aos educandos, de maneira a formá-los com a força do amor, mais com o exemplo do que com preceitos.

As Obras Marcelinas atuam de forma a perpetuar a herança que foi deixada pelo seu fundador e contam também com a colaboração de todos os leigos que nelas atuam.

As Marcelinas, educadoras e formadoras natas, continuam seguindo a mesma diretriz em todos os âmbitos de seus trabalhos: nas escolas, faculdades, nos hospitais, nas casas de assistência aos anciãos, nas obras paroquiais, missionárias e assistenciais presentes em oito países do mundo, incluindo o Brasil, nos estados da Bahia, Minas Gerais, Paraná, Rio de Janeiro, Rondônia, Santa Catarina, São Paulo, Tocantins e Distrito Federal.

Na capital paulista, as Marcelinas fundaram o Colégio-Perdizes (1927) e as Faculdades Santa Marcelina - Unidade Perdizes (1929) e Itaquera (1999). Em 1961, ampliaram a missão para o campo da saúde ao instalarem seu primeiro hospital na região leste, devido à ausência de alternativas de assistência à saúde. Os desafios e necessidades sempre estiveram presentes, motivando a fazer mais e

com excelência. Esse propósito tornou o Santa Marcelina referência e multiplicou os equipamentos de saúde, na tentativa de organizar uma rede assistencial na zona leste e oferecer a todos o acesso a serviços de saúde com mais qualidade.

No município de São Paulo, atualmente são 4 hospitais e mais de 100 unidades de Atenção Primária com várias modalidades, atendendo nos diversos níveis assistenciais do SUS, o que representa um atendimento integral e preventivo nas principais linhas de cuidados assistenciais e prioritários.

Com a necessidade, a missão foi ampliada para outras regiões. Em Porto Velho, Rondônia, o hospital oferta uma linha de reabilitação para pessoas mutiladas, tanto de membros inferiores quanto superiores, com a confecção de órteses e próteses; em Sapezal, Mato Grosso, oferta atenção integral à pessoa, considerando aspectos humanos, espirituais e psicológicos. Por fim, no grande ABC, gerencia uma unidade de assistência privada com o objetivo de manter o atendimento público à saúde das outras regiões, buscando a sustentabilidade dos serviços. O hospital instalado em São Bernardo do Campo atende planos de saúde e reinveste o recurso obtido no hospital filantrópico de Itaquera, com o anseio de oferecer o melhor para a população que não pode pagar pelo serviço.

PREFÁCIO

Com mais de 60 anos de atuação na zona leste da Cidade de São Paulo, a Casa de Saúde Santa Marcelina nasceu de um carisma humanizador, com a finalidade de sanar as necessidades de saúde da população e contribuir para uma sociedade melhor, a partir da formação de profissionais à luz dos valores cristãos e sua atuação de protagonistas no cuidado, tratamento e recuperação das pessoas.

Nossa comunidade está presente em Itaquera desde a década de 50, onde iniciamos a missão em saúde, inaugurando um pequeno hospital, e com um grupo de Irmãs assumimos outras frentes de trabalhos assistenciais, sociais e pastorais, acompanhando as mudanças. Entre elas, o aumento da densidade demográfica na região e demais necessidades que nos direcionaram para que os trabalhos desenvolvidos fossem ampliados e outras frentes acionadas para somar conosco, em especial as parcerias governamentais, para implantar e fortalecer as políticas públicas de saúde na região.

O Santa Marcelina tornou-se uma importante referência, e, com o aumento populacional e mudança do perfil epidemiológico, foi necessário atuarmos também nos cuidados preventivos e de promoção à saúde, e assim implantamos as equipes de saúde da família, através do Projeto QUALIS/PSF, um embrião da Atenção Primária à Saúde. Neste contexto, mapeamos as necessidades da comunidade e as mobilizamos em ações de promoção à saúde, imbuídos pelo compromisso, técnicas e gestão.

Gradativamente, ampliamos o escopo assistencial e multiprofissional para atender as necessidades primárias de cada região, integrando demais equipamentos municipais e estaduais, constituindo uma rede assistencial, baseada nos diferentes níveis e linhas de cuidados que têm como objetivo integrar, através de serviços básicos, especializados e de média e alta complexidade, um sonho que galgamos diariamente em nossa missão na saúde.

Por isso, criamos uma metodologia inovadora para qualificar as atividades assistenciais, baseadas nas linhas de cuidados prioritárias da atenção primária. A metodologia “times na saúde” foi lançada em 2018, com o propósito de organizar as ações, garantir maior acesso da população e integrar os serviços prestados e disponíveis em nossa instituição. Cada time foi implementado nas regiões de acordo com a necessidade daquele momento, mas gradativamente foram ampliados para todos os serviços do Santa Marcelina Saúde na atenção primária, resultando em

importantes ações, discussão em rede, engajamentos das equipes e consideráveis melhorias no atendimento à população.

Por esse motivo, queremos compartilhar com você esse modelo e método de trabalho inovador e iniciado por nós, para apoiar e melhorar a vida das pessoas que cuidamos e as políticas de saúde nas quais estamos presentes.

Desejamos que, em cada momento de leitura, você encontre nos capítulos *insights* importantes que contribuam para as estratégias de organização e melhorias, ajudem as equipes e atendam às demandas de saúde da comunidade e de cada sujeito assistido e cuidado pelo serviço.

Para nós, será muito gratificante saber que outras realidades regionais estão sendo aprimoradas e transformadas com o modelo compartilhado pela experiência do Santa Marcelina Saúde na atenção primária do município de São Paulo. Seguindo as palavras do ex-ministro da Saúde, Adib Jatene, "Se deu certo no Santa Marcelina, dará certo nos demais lugares."

Esperamos que seus projetos de cuidado e atenção à saúde sejam um gesto para continuarmos acreditando na humanidade e promovendo as pessoas como razão maior de nossa Missão.

Ir. Rosane Ghedin

Diretora-Presidente do Santa Marcelina Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO

No âmbito da saúde, a Instituição Santa Marcelina efetiva suas diretrizes contribuindo para o Desenvolvimento Técnico e Humano, fundamental à inovação de processos de excelência na produção do cuidado no campo da saúde. Tal compromisso corrobora a Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/1990.

Para operar nessa perspectiva, os serviços estão organizados em diferentes arranjos assistenciais de saúde, compreendendo desde a Atenção Primária até a alta complexidade de 4º nível, todos sob a direção geral da Casa de Saúde Santa Marcelina.

No município de São Paulo, a Casa de Saúde Santa Marcelina abriga a unidade hospitalar-Itaquera, desde sua origem e, por meio de contratos de parcerias com órgãos governamentais, qualificada como Organização Social de Saúde (OSS), realiza a gestão de serviços estaduais (Hospitais Gerais Itaim Paulista e Itaquaquecetuba) e municipais (Hospital Cidade Tiradentes), além dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS).

As ações voltadas à Atenção Primária à Saúde (APS) compreendem tarefas complexas e envolvem um olhar para o cidadão e seu território e para as necessidades de saúde que dele emanam.

A finalidade dos serviços oferecidos por esta rede de saúde envida no sentido de:

I. Manter serviços hospitalares, ambulatoriais, unidades básicas de saúde e outros que possam favorecer a população.

II. Firmar parcerias com o poder público, a fim de atuar no Sistema Único de Saúde – SUS, em âmbito hospitalar, ambulatorial e de APS.

III. Desenvolver e participar de estratégias e de programas de saúde, inclusive em parceria com o poder público e privado.

IV. Promover atividades e eventos de orientação e prevenção em saúde.

V. Participar de campanhas públicas de saúde.

VI. Promover e participar de ações de cooperação técnica para a formação de profissionais da área da saúde.

VII. Promover e participar de ações de educação permanente e continuada em saúde.

VIII. Oferecer e manter a residência médica e multiprofissional em saúde.

IX. Oferecer estágios nas diversas áreas e graus de formação, compatíveis com as atividades desenvolvidas pela Casa de Saúde, podendo, inclusive, oferecer estágios de medicina em regime de internato.

X. Desenvolver, estimular e promover a pesquisa científica e a difusão da cultura científica.

XI. Promover e desenvolver programas e projetos compatíveis com seus objetivos institucionais e de interesse da comunidade.

XII. Promover palestras, congressos, seminários, simpósios e conferências.

XIII. Apoiar instituições beneficentes de assistência social, através de parcerias, promovendo atividades conjuntas e de intercâmbios.

A ESTRATÉGIA DE TIMES POR LINHA DE CUIDADO NA APS

> Time é um conjunto de pessoas com conhecimentos e habilidades diferentes, que integradas buscam uma ação em comum, para atingir uma meta. Todos os membros trabalham focando no resultado (GRIPP, 2014).

A Casa de Saúde Santa Marcelina estabeleceu, como forma de organizar/implementar as linhas de cuidado assistenciais e a segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde, o *Time Institucional e Time Local,* com a finalidade de aperfeiçoar o trabalho, voltados para resultados mais significativos e a garantia da qualidade na prestação de serviços à saúde:

*O **Time Institucional*** é composto por profissionais das áreas estratégicas de gestão e gestores dos serviços de saúde da instituição. Tem como principal atribuição a produção e alinhamento dos protocolos e manuais institucionais, sendo ordenador e responsável pelo acompanhamento do Time Local.

*O **Time Local*** é responsável por garantir a implantação, a continuidade e o monitoramento dos protocolos específicos nos serviços de saúde. Constitui-se de profissionais da Unidade, envolvendo todos os colaboradores dos diversos setores. Um destaque é a inserção do usuário como membro do Time.

Com a definição dos *Times*, foram elencadas as prioridades a serem trabalhadas:

- Linha de Cuidado Materno Infantil
- Linha de Cuidado de Emergência e Urgência
- Linha de Cuidado de Doenças Crônicas - Risco Cardiovascular
- Regulação - Referência/Contrarreferência
- Segurança do Paciente

Sabe-se que são inúmeras as informações recebidas pelas equipes dos serviços oriundas das diversas áreas técnicas. Algumas, por vezes, não estão sistematizadas entre si, trazendo insegurança, o que pode acarretar redução da assertividade na assistência prestada.

Essas áreas técnicas possuem, dentre suas atribuições, a implantação de protocolos assistenciais, com o objetivo de promover e garantir a assistência e cuidado ao usuário de maneira segura. Sendo assim, as áreas realizam, ainda, a implementação e monitoramento desses protocolos. E, para a efetivação da linha de cuidado, faz-se necessário capacitar a equipe local, divulgando amplamente e discutindo as diretrizes e orientações técnicas com a finalidade de reorganização dos fluxos internos (processos de trabalhos), construídos e pactuados com toda equipe. Esse processo de implantação dos protocolos se faz necessário com o apoio, participação e envolvimento dos gestores locais, com papel fundamental na reorganização dos fluxos internos e pactuação com a rede de serviços.

Diante desse cenário, a composição dos *Times* é definida a partir de profissionais técnicos multidisciplinares. Outros profissionais, ainda, foram escalados para o *Time* de acordo com a especificidade do eixo da linha de cuidado, como, por exemplo, os profissionais que atuam em áreas de infraestrutura, administrativas, tecnologia, entre outras.

Time "ESTABILIZA" - urgência e emergência

O Time "ESTABILIZA" tem por finalidade organizar, alinhar e padronizar o processo de atendimento em urgência e emergência nas unidades de saúde.

Objetivos:

- Melhorar a gestão do acesso.
- Qualificar o processo de urgência e emergência nas unidades de saúde.
- Mapear as fragilidades dos serviços em relação ao atendimento de urgências e emergências.

- Organizar o processo de urgência e emergência nas unidades de saúde.
- Rever e alinhar fluxos.
- Padronizar documentos e instrumentos institucionais.
- Implantar estratégias que minimizem as fragilidades e diminuam os casos de remoção, tendo como foco a estabilização do paciente na própria unidade de atendimento.
- Construir novos protocolos institucionais alinhados às diretrizes governamentais e clínicas.

Time "SOB CONTROLE" - Doenças crônicas

O Time "Sob Controle" tem por finalidade organizar a linha de cuidado de doenças crônicas, e, diante da magnitude epidemiológica da hipertensão arterial e do diabetes mellitus, esses são alguns dos agravos de maior atenção do Time.

Objetivo:

- Melhorar a gestão do acesso, do cuidado e das vulnerabilidades.
- Qualificar a assistência prestada pelos serviços às pessoas portadoras de condições crônicas de saúde.
- Mapear as fragilidades dos serviços referentes ao cuidado com o paciente hipertenso e/ou diabético.
- Organizar a Linha de Cuidado da Hipertensão e Diabetes a partir das melhores evidências clínicas singularizadas ao território.
- Construir novos protocolos institucionais alinhados às diretrizes governamentais e clínicas.
- Propor itinerário terapêutico para as pessoas com hipertensão e/ou diabetes na Rede de Atenção à Saúde.
- Qualificar o acesso às ofertas (individuais e coletivas) a partir do princípio da equidade.
- Nortear a organização dos cuidados às demais condições crônicas.

Time "MATERNAR" - materno / infantil

O Time "MateRNar" apresenta como proposta de trabalho promover uma análise crítica-propositiva sobre a implantação dessas linhas de cuidado na Rede de

Atenção à Saúde Santa Marcelina, com a finalidade de elaborar e/ou fortalecer um conjunto de ações e estratégias que contribuam na reorganização do processo de trabalho das equipes, centrado no cuidado à gestante e à criança menor de 1 ano.

Objetivos:

Materno:

- Reduzir a Mortalidade Materna.
- Captação precoce da gestante.
- Realizar consultas de pré-natal em quantidade mínima para o cuidado adequado.
- Realizar os procedimentos básicos no pré-natal.
- Acompanhar as gestantes no pré-natal de alto risco.
- Agendar as puérperas na unidade de acompanhamento do pré-natal.
- Realizar consulta médica de puerpério em até 15 dias após o nascimento e visita domiciliar do enfermeiro à puérpera em até 7 dias.

Infantil:

- Reduzir a Mortalidade Infantil.
- Ter acesso à informação de nascidos vivos e óbito neonatal do hospital que realiza o parto.
- Agendar o bebê na unidade de acompanhamento do pré-natal.
- Viabilizar a realização da primeira consulta médica de puericultura nos primeiros 15 dias de vida e visita domiciliar do Enfermeiro ao RN em até 7 dias.
- Garantir a realização de consultas de puericultura do primeiro ano de vida, conforme os protocolos estabelecidos.
- Garantir a identificação/acompanhamento e o monitoramento do bebê de risco.
- Garantir o acompanhamento dos fatores de risco do menor de 1 ano.

Time “REGULAÇÃO” – referência e contrarreferência

O Time “Regulação” foi instituído com o objetivo de fortalecer a integração entre os diferentes serviços que formam a Rede de Atenção à Saúde (RAS), de acordo com as linhas de cuidado assistenciais, para garantir o acesso de maneira

ordenada e qualificada, por meio da estratificação de risco e vulnerabilidade clínica de saúde de seus usuários.

Objetivos:

- Organizar e otimizar o acesso aos serviços de atenção especializada.
- Fortalecer a integração entre a rede de assistência à saúde nos territórios onde a instituição atua.
- Promover maior integração entre serviços municipais e estaduais.
- Ordenar e qualificar os encaminhamentos da atenção básica aos serviços da atenção especializada.
- Promover organização para diminuir taxa de absenteísmo nas consultas de atenção especializada.
- Padronizar o processo de encaminhamento, inserção, captação e agendamento de vagas para melhor organização do acesso e oferta de vagas.
- Efetivar e padronizar o processo de agendamento para os serviços de especialidades em unidades, garantindo acesso e encaminhamento adequados.
- Parametrizar critérios clínicos para encaminhamentos às especialidades médicas.

Do Time "SEGURANÇA DO PACIENTE" ao "Núcleo de Segurança do Paciente"

Tomando como base o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído pela Portaria GM/MS nº 529/2013 (BRASIL, 2013a), que objetiva contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional, bem como a Resolução - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013, que instituiu ações para a segurança do paciente em serviços de saúde, e em decorrência da importância do tema, a instituição vem envidando esforços de forma contínua no sentido de fortalecer cada vez mais a Segurança do Paciente.

Tendo em vista a importância do tema para os serviços de saúde e considerando a legislação em vigor, a instituição criou o Time *Paciente Seguro* em 2018, com o objetivo de desenvolver ações de melhoria no cuidado. Ponderando a amplitude do tema, optou-se pela estratégia de atuação em subtimes, que se constituíram considerando as metas internacionais de segurança do paciente:

I. Identificação do paciente e risco de queda.
II. Higienização das mãos, cirurgia segura e comunicação efetiva.
III. Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos.
IV. Tecnovigilância e Farmacovigilância.
V. Pacientes pela Segurança do Paciente.

Em 2023, a instituição cria o Núcleo de Segurança do Paciente, com o objetivo de fortalecer as ações recomendadas pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente, considerando as diretrizes institucionais e demais legislações relacionadas à Biossegurança, Política Socioambiental e Segurança do Paciente. Dessa forma, deixa de existir o Time Paciente Seguro com seus subtimes e a Comissão de Gerenciamento de Riscos, pois a instituição entende que as ações anteriormente tratadas nesses eixos passam a fazer parte do Núcleo de Segurança do Paciente.

Objetivos:

- Implantar a Cultura de Segurança.
- Efetivar o Núcleo de Segurança do Paciente.
- Implantar os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente e das Metas de Segurança.
- Reduzir e mitigar os atos inseguros.
- Melhorar o cuidado com o paciente e a segurança em relação ao uso de medicamentos e produtos para saúde.
- Envolver os pacientes e familiares, bem como a comunidade dos territórios, em ações que contribuam para a segurança do paciente nos serviços de saúde.
- Contribuir para a efetividade das ações de cuidado, através de iniciativas seguras, nos processos vinculados ao uso de medicamentos e produtos de saúde, incentivando as notificações.
- Estabelecer um processo contínuo de gestão de risco que envolva todo o ciclo de medicamentos e produtos de saúde (padronização, aquisição, abastecimento, solicitação, distribuição, rastreamento, conservação, planos de contingência e inutilização).
- Promover a compreensão, educação e capacitação clínica em Fármaco e Tecnovigilância e as notificações (evento adverso-qualidade; reação adversa e queixa técnica - ANVISA).

DINÂMICA DOS TIMES

Ao identificar as linhas prioritárias de cuidados na Atenção Básica, devido às necessidades específicas nos territórios de atuação das equipes, bem como a melhoria dos indicadores, a Casa de Saúde Santa Marcelina elegeu componentes estratégicos para formação dos Times, conforme habilidades e conhecimentos técnicos, e alguns desses, pelo grau de envolvimento no processo de trabalho dos serviços de saúde.

Para organização e direcionamento dos trabalhos a serem desenvolvidos, cada Time conta com um regimento interno, bem como o acompanhamento e monitoramento de suas ações, a partir de cronograma de reuniões periódicas entre a Alta Gestão (AG), líderes e membros dos Times. Esses fóruns promovem o compartilhamento das atividades e interação de processos.

Cada *Time Institucional* participa de reuniões com a AG e apresenta relatórios e documentos de atuação, validados institucionalmente. Esses instrumentos técnicos devem ser utilizados pelos *Times Locais* com o objetivo de acompanhar e garantir a implantação dos processos e fluxos assistenciais da Unidade, bem como o monitoramento dos indicadores de saúde.

Para garantir a continuidade das ações nos serviços de saúde, durante as reuniões estratégicas, são reforçadas as atribuições do ***Time Institucional*** e do ***Time Local,*** reiterando os critérios de implantação e escolha das Unidades de Saúde para início das atividades, sendo responsabilidade dos Times seguir a metodologia aplicada e norteada pelo Regimento Interno - implantação e orientação da finalidade, atribuições e atividades a serem desenvolvidas.

Além das atribuições dos Times e suas rotinas de trabalho, a Instituição planeja estrategicamente momentos de trocas de experiências entre os Times e entre os Serviços de Saúde, para construir e fortalecer a rede de cuidado, garantindo a qualidade da assistência prestada e melhorando os indicadores de saúde do território atendido. Estratégias propostas: Workshop, Seminários, entre outros.

ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DO TIME INSTITUCIONAL

Os Times Institucionais, formados por profissionais técnicos de diversas áreas que competem aos serviços de saúde da instituição, têm objetivos comuns e conhecimentos complementares, que deverão estar compromissados com a meta de melhorar indicadores estratégicos definidos pela AG. Essa forma de trabalho se faz necessária pela dimensão e complexidade de cada eixo de cuidado.

Como forma de organização e execução das atividades dos Times Institucionais, definiram-se as seguintes orientações para cada time:

- Produzir e alinhar os protocolos e manuais institucionais às diretrizes clínicas e governamentais, construindo uma metodologia organizacional que contenha padronização de condutas diagnósticas, terapêuticas e padronização dos processos internos, que sejam aplicáveis à rotina e à realidade dos serviços de saúde.
- Implantar e monitorar os protocolos estabelecidos.
- Analisar, de forma sistêmica, as fragilidades e pontos de melhoria para efetivação e implantação de intervenções nas linhas de cuidados assistenciais dos serviços de saúde.
- Definir indicadores para acompanhamento dos eixos de trabalho estabelecidos.
- Acompanhar indicadores estratégicos definidos para seu eixo de trabalho.
- Envolver outros processos e pessoas não inseridas no Time para parecer técnico e colaboração, quando necessário.
- Encaminhar à AG relatórios periódicos (bimestrais) contendo as atividades previstas e realizadas, além da análise qualitativa e propostas de intervenção e/ ou implementação.

Cada Time tem um coordenador definido pela Alta Gestão, o qual tem a função de eleger um vice-coordenador e um secretário, entre a equipe multiprofissional, de diferentes áreas dentre as envolvidas. Os Times devem seguir atribuições estabelecidas, conforme a estrutura organizacional:

a. O Coordenador deve definir um cronograma de reuniões com os membros do Time e, juntamente com o grupo, ações referentes à sua temática; realizar feedbacks previstos e/ou solicitados pela AG das ações do Time; responsabilizar-se pela validação e revisão da documentação construída pelo grupo, seguindo fluxo institucional pré-estabelecido da organização; desenvolver, juntamente com o grupo, o Plano de Ação de Intervenções do Time; fazer interlocução, quando necessário, com outros processos não inseridos no Time; confeccionar as pautas e conduzir as reuniões; convocar reuniões estratégicas e extraordinárias quando necessário; representar o grupo junto à AG.

b. O Vice-Coordenador deve atuar na ausência do Coordenador em todas

as suas atribuições.

c. O Secretário confecciona a ATA das reuniões e arquiva-a em local de acesso aos demais membros do grupo; realiza o monitoramento de ausência e presença dos membros, assim como o controle das assinaturas das atas das reuniões; realiza o agendamento de espaço para reuniões ordinárias e extraordinárias, assim como convoca os membros em caráter de urgência.

d. Os membros participam efetivamente das reuniões ordinárias e extraordinárias de acordo com a necessidade; definem, juntamente com o grupo, ações referentes ao seu eixo de trabalho; têm a responsabilidade pela disseminação das informações, decisões e encaminhamentos realizados pelo Time aos demais componentes da sua equipe de trabalho; realizam a elaboração, juntamente com o time, do plano de ação referente ao eixo de trabalho e participam da implementação das ações; fazem o acompanhamento dos indicadores estratégicos definidos pela AG; definem e monitoram os indicadores de processo para acompanhamento da implantação dos protocolos e manuais assistenciais; contribuem e apoiam a realização de ações educativas referentes ao seu eixo de trabalho.

ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DO TIME LOCAL

Os Times locais são formados por profissionais com objetivos comuns e conhecimentos complementares, que deverão estar compromissados com a meta de melhorar os indicadores de saúde do território. Essa forma de trabalho se faz necessária em decorrência da dimensão e complexidade de cada eixo de cuidado, exigindo decisões mais assertivas.

Como forma de organização e execução das atividades dos Times Locais, definiram-se as seguintes orientações para cada time:

- Implantar e monitorar os protocolos estabelecidos pelo TIME Institucional.
- Analisar, de forma sistêmica, as fragilidades e pontos de melhoria para efetivação e implantação de intervenções nas linhas de cuidados assistenciais dos serviços de saúde.
- Acompanhar indicadores de saúde definidos para seu eixo de trabalho.

- Envolver outros processos e pessoas não inseridas no Time Local para colaboração, quando necessário.
- Periodicamente, apresentar as estratégias e resultados dos Times Locais em reuniões gerais na unidade de saúde e/ou outros fóruns, quando solicitado pelo gerente da unidade ou Time Institucional.

Cada Time tem um Líder definido pela gerência do serviço de saúde, o qual tem a função de eleger um vice-coordenador e um secretário. O Time Local será composto por uma equipe multiprofissional, técnica e não técnica, de diferentes áreas da unidade de saúde, bem como usuários do serviço, segundo recomendação do Time Institucional. Os Times devem seguir atribuições estabelecidas, conforme a estrutura organizacional:

a. O Líder deve definir um cronograma de reuniões com os membros do Time Local e, juntamente com o grupo, ações referentes à sua temática; mensalmente, apresentar as estratégias e resultados do Time ao gerente da unidade de saúde; apresentar as estratégias e resultados em reuniões externas ou outros fóruns quando solicitado pelo gerente da unidade ou Time Institucional; desenvolver, juntamente com o grupo, o Plano de Ação de Intervenções do Time a ser entregue para a gerência da unidade; fazer interlocução, quando necessário, com outros processos não inseridos no Time; confeccionar as pautas e conduzir as reuniões; convocar reuniões estratégicas e extraordinárias quando necessário.
b. O Vice-Coordenador deve atuar na ausência do Líder em todas as suas atribuições.
c. O Secretário confecciona a ATA das reuniões e arquiva-a em local de acesso aos demais membros do grupo; realiza o monitoramento de ausência e presença dos membros, assim como o controle das assinaturas das atas das reuniões; realiza o agendamento de espaço para reuniões ordinárias e extraordinárias, assim como convoca os membros em caráter de urgência.
d. Os membros participam efetivamente das reuniões ordinárias e extraordinárias de acordo com a necessidade; definem, juntamente com o grupo, ações referentes ao seu eixo de trabalho; têm a responsabilidade pela disseminação das informações, decisões e encaminhamentos realizados pelo Time Local aos demais componentes da sua equipe de trabalho; realizam a elaboração, juntamente com o time, do plano de ação

referente ao eixo de trabalho e participam da implementação das ações; fazem o acompanhamento dos indicadores estratégicos definidos pelo eixo de trabalho; monitoram os indicadores de processo para acompanhamento da implantação dos protocolos e manuais assistenciais; contribuem e apoiam a realização de ações educativas referentes ao seu eixo de trabalho.

e. O Gerente do Serviço de Saúde tem como atribuições: definir o Líder de cada Time Local; acompanhar estrategicamente as ações dos Times Locais, recebendo relatórios periódicos, contendo as atividades previstas e realizadas, além da análise qualitativa e propostas de intervenção e/ ou implementação; monitorar, em conjunto com os Times Locais, os indicadores de saúde definidos para seu eixo de trabalho; realizar reuniões mensais com os líderes dos Times Locais; facilitar a implantação das ações e monitoramento dos Times Locais; facilitar a interação de processos entre os Times Locais e demais membros da equipe de saúde; garantir, com regularidade, a inserção de pauta dos Times Locais em reuniões estratégicas, como reuniões gerais, reuniões técnicas e outras quando houver pertinência.

IDENTIDADE DOS TIMES

A identidade projetada visa a tangibilizar os objetivos e ações de cada linha de cuidado, fortalecendo a personalidade de cada Time, conforme o quadro a seguir.

LINHAS DE CUIDADOS	NOME DO TIME
SAÚDE MATERNA-INFANTIL	MateRNar
REGULAÇÃO	RegulAção
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	Estabiliza
DOENÇAS CRÔNICAS	Sob Controle
SEGURANÇA DO PACIENTE	Paciente Seguro

O PROCESSO DE COMUNICAÇÃO DOS TIMES

"Tornar comuns" as informações e atividades de saúde, através de ações globais e locais que visam a qualificar as linhas de cuidados da Atenção Primária à Saúde (APS), é um dos objetivos da estratégia dos "Times na Saúde", que, formados por profissionais multidisciplinares de diversos saberes e conhecimentos técnicos, seguem o mesmo propósito e finalidade: conscientizar a população sobre boas práticas saudáveis, qualificar o acompanhamento de saúde e contribuir para a qualidade de vida dos usuários e da comunidade.

Plano de comunicação dos Times

O plano de comunicação é um instrumento para organizar as estratégias de comunicação junto ao público-alvo, reunindo informações capazes de apoiar e alcançar os objetivos da ação destinada a esse público.

Para criação do plano, consideraram-se:

- Análise Situacional: entender o cenário de saúde enfrentado pela equipe local, as necessidades e o perfil populacional ou comunitário.
- Canais de Comunicação: mapear os meios de comunicação utilizados ou acessados pelo público-alvo, como acessam e quais assuntos são relevantes.
- Estratégias: devem ser ações acessíveis, que acompanhem o perfil e necessidade do público, para que seja possível o engajamento/adesão ao tratamento ofertado.
- Orientações criativas: utilizar um calendário de ações de saúde, alinhado ao objetivo do time, programando ações consistentes e complementares à linha de cuidado. Por exemplo: Dia de Combate à Hipertensão - promover orientações, campanhas de aferição de pressão arterial na comunidade, entre outros.
- Avaliação de resultados: definir indicadores que auxiliem na avaliação do uso das ferramentas e das ações de comunicação, considerando a percepção desse público sobre o serviço ofertado/prestado para o cuidado.

TIME SOB CONTROLE - DOENÇAS CRÔNICAS

O Brasil vive uma transição demográfica acelerada e uma consequente transição epidemiológica expressa pela tríplice carga de doenças: uma agenda não superada de doenças infecciosas e carências, uma carga importante de causas externas e uma presença marcante das condições crônicas enquanto causas de morbimortalidade.

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) têm suas raízes, em sua grande maioria, a partir de um estilo de vida inapropriado apoiado em vilões como o sedentarismo, a obesidade e o alto nível de estresse, e possuem como característica comum o fato de que se expressam inicialmente em um curso silencioso. O fato de não gerarem queixas agudas nos primeiros anos, aliado a um padrão histórico de uso de serviços de saúde pautado por busca de soluções definitivas, curativas, faz com que muito tempo se perca para o cuidado efetivo. Em outras palavras, a partir de uma expectativa equivocada associada a uma vida em geral com o alto nível de afazeres e obrigações, temos o cenário propício para uma interação inadequada que culmina com negligência de cuidados. Se, num primeiro momento, há baixa repercussão na qualidade de vida das pessoas, a partir de um certo tempo, essa negligência acarreta efeitos de caráter, por vezes, grave e incapacitante para os anos vindouros, com redução significativa da expectativa e qualidade de vida. Assim, provocam-se eventos secundários, como o Infarto Agudo do Miocárdio, o Acidente Vascular Cerebral, a retinopatia proliferativa com perda visual progressiva, a insuficiência renal, no caso da hipertensão e do diabetes, dentre outros (MENDES, 2012).

Em síntese, enquanto os serviços replicarem uma lógica de cuidado pautada apenas no fenômeno biológico dessas doenças, estarão sempre um passo atrás do melhor cuidado. Isto é, por não se tratar de doenças curáveis, mas sim de doenças “cuidáveis”, a estrutura vigente precisa ser customizada para conseguir gerar vínculo e resposta efetiva centrada no indivíduo, de acordo com o seu estilo de vida e as mudanças que a pessoa, em sua singularidade, tem disponibilidade e possibilidades de executar, para, de fato, conseguirmos cuidar da saúde dos usuários, com impacto real na sua qualidade e expectativa de vida.

A Atenção Primária à Saúde (APS) deve cumprir três funções essenciais para que seja ordenadora do SUS: a função resolutiva de atender a mais de 80% dos problemas mais comuns de saúde; a função de coordenação do cuidado por meio da gestão dos fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações nas redes; e a função de responsabilização pela saúde da população adscrita ao território sob cuidados das equipes nas UBS (STARFIELD, 2004).

Nesse sentido, para que atinja seu máximo resultado, a APS deve reconhecer o protagonismo do usuário para o autocuidado como tarefa central. As dimensões familiar e profissional que permeiam a gestão do cuidado não serão suficientes sem o reconhecimento da dimensão da autonomia e da autodeterminação, que fazem parte do livre-arbítrio de cada indivíduo (CECILIO, 2011). Compreender tal autonomia e autodeterminação é fundamental para que não estejamos em papéis que não correspondem ao real potencial de apoio que as equipes de saúde podem prover. Tal compreensão viabiliza a possibilidade de fortalecer o conceito de cuidados longitudinais permanentes na direção de mudança de estilo de vida, e não apenas a prescrição de medicamentos, em ofertas pontuais que acabam muito mais por rotular para sempre uma pessoa na direção da busca de uma cura de uma doença (que não virá) do que, de fato, ajudá-la a conviver de forma harmônica com essa nova condição.

Visando a fornecer uma resposta efetiva para esse problema, foi estabelecido o Time Sob Controle, cuja função é diagnosticar e propor estratégias que possam aprimorar o nível de resposta para as condições crônicas no âmbito da Região Leste do município de São Paulo.

Essa resposta efetiva se faz a partir do trabalho e saberes complementares de profissionais técnicos de diversas áreas, que estão compromissados com a meta de melhorar a qualidade do cuidado, refletindo na melhora dos indicadores de saúde do território. Essa forma de trabalho se faz necessária pela dimensão e complexidade de cada eixo de cuidado, devendo ser planejado e estruturado a partir da realidade epidemiológica local e prerrogativas gerais dessas condições.

Em outras palavras, mais do que a melhora de números, o Time Sob Controle visa a propor uma nova forma de cuidar, embasado em evidências, mudando a cultura de tratamento baseado na queixa-conduta/ médico centrada para um cuidado multiprofissional e contínuo, em que o usuário passa a ter protagonismo a partir do reconhecimento da sua condição e dos riscos inerentes a ela.

Considerando a magnitude da hipertensão e do diabetes, dentro do conjunto das doenças crônicas, optou-se por iniciar este desafio, por tais agravos, garantindo padrão de respostas conformadas para o aprimoramento da capacidade de cuidar, de reduzir os efeitos desses agravos a partir de condutas e processos que visem ao enfrentamento desse estilo de vida e suas repercussões. Da mesma forma, a anticoagulação oral foi elencada para este Time pela magnitude dos desfechos negativos e possibilidade de intervenção em tempo oportuno. A questão da anticoagulação oral será tratada em outro volume desta coleção.

O Time Sob Controle tem por objetivo apoiar os usuários para o autocuidado centrado em um estilo de vida saudável, a partir da qualificação da assistência

prestada visando à instituição de uma terapêutica adequada, de padrões de acesso e de disponibilização de ofertas de cuidado multiprofissional longitudinais e complementares pelos serviços de saúde às pessoas com condições crônicas, de maneira gerenciada e centrada no usuário.

E como objetivos específicos:

- Organizar a Linha de Cuidado da Hipertensão e Diabetes a partir das melhores evidências clínicas singularizadas ao território e centradas no usuário.
- Melhorar a gestão do acesso, do cuidado e das vulnerabilidades a partir do princípio da equidade.
- Propor itinerário terapêutico para as pessoas com hipertensão e/ou diabetes e/ou em uso de anticoagulação na Rede de Atenção à Saúde.

CUIDADO NOS DIFERENTES NÍVEIS DO SISTEMA

- Unidades Básicas de Saúde – UBS

Ponto de atenção responsável pela entrada no sistema e coordenação do cuidado, capaz de prover atenção ambulatorial à maior parte dos pacientes, sendo referência para as pequenas urgências e gestão de ofertas de atenção especializada ambulatorial e de apoio diagnóstico. Deve garantir a integralidade e o uso racional das ofertas, segundo os itinerários pactuados, capacidade de resposta local e da rede, a partir das necessidades dos pacientes. Oferece ações integrais de prevenção, assistência baseada em evidências, promoção à saúde e mudanças de estilo de vida em geral, cuja premissa é produzir autonomia à pessoa, na direção de escolhas mais saudáveis e reabilitação.

- Ambulatório de Especialidades

Pontos responsáveis pela atenção ambulatorial e de apoio diagnóstico especializado, cuja função é prover cuidado especializado que complementa a oferta do território, seja com consultas especializadas, seja por exames necessários para o seguimento.

- Hospitais

Pontos responsáveis pela atenção hospitalar e de apoio diagnóstico especializado, cuja função é a estabilização em regime de internação dos pacientes em agudização da doença ou suas repercussões clínicas.

CAPÍTULO 1

INTERVENÇÃO CENTRADA NA PESSOA – O ITINERÁRIO SINGULAR DE CUIDADO E OS 3DS DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS

As condições crônicas guardam uma variedade muito grande de desfechos e apresentações. Por se tratarem, em sua grande maioria, de doenças de curso prolongado, nas quais não é razoável falar em cura, mas sim em controle, passa a fazer parte do desafio de tratamento uma adesão contínua a um determinado plano terapêutico de longo prazo, visando à redução de eventos críticos que culminam com perda de autonomia ou óbito precoce do sujeito (MENDES, 2012).

Apesar do diagnóstico dessas condições não ser uma tarefa difícil, por haver um curso prolongado, com expressão clínica de espectros amplos de sinais e sintomas decorrentes de suas complicações, é fundamental que se avance na direção de se antecipar o diagnóstico dessa condição, prevenindo desfechos desfavoráveis, mais comuns em locais de grande vulnerabilidade. E, haja vista que tais complicações não obedecem, necessariamente, a uma cronologia pré-estabelecida, guardando grandes variações decorrentes de fatores como o próprio estilo de vida e a genética pessoal, a estratificação de risco cumpre papel fundamental para um efetivo plano de cuidados.

Não obstante o componente biológico no curso da doença e suas complicações, uma vez que as condições crônicas, em especial a hipertensão e a diabetes, são condições intrinsecamente ligadas aos hábitos de vida da pessoa, suas escolhas, padrões de alimentação, atividade física, gestão do sono e do estresse a que está submetida, a atuação apenas na dimensão biológica, apoiada no tratamento medicamentoso exclusivo, é sabidamente insuficiente (MENDES, 2012).

Interagir com o sujeito e suas escolhas de vida, a partir do reconhecimento de sua autonomia enquanto indivíduo, em seus aspectos singulares, constitui atribuição essencial para o sucesso terapêutico. Isto é, o foco na vida saudável para aquela pessoa é, de fato, o único caminho efetivo para o controle adequado dessas condições, tendo o componente farmacêutico um papel instrumental de trajeto de grande relevância.

Desta forma, o Time Sob Controle optou por utilizar o conceito dos **3Ds** a esse itinerário: **D**iagnóstico, **D**iscussão Centrada na Pessoa e **D**ecida Conjuntamente,

modelo influenciado pelo Método Clínico Centrado na Pessoa, adaptado para o enfrentamento das condições crônicas.

A seguir, trataremos pormenorizadamente de cada uma das dimensões dos 3Ds, constituindo uma proposta de cuidados para os pacientes em seus diferentes estágios de adoecimento, com adensamento de cuidados e tecnologia para pacientes com maior risco.

Diagnóstico

O primeiro D, do DIAGNÓSTICO, traz a dimensão do reconhecimento do biológico, isto é, como é a expressão clínica da doença para aquela pessoa, quais lesões são causadas pela condição crônica e quais repercussões já fazem parte da condição daquele indivíduo. Pode ser resumido em função da **confirmação diagnóstica** e da sua **estratificação de risco**, dimensões objetivas e que definem uma fotografia do adoecimento para a definição de um plano de cuidados.

Discussão Centrada na Pessoa

Já o segundo D traz o aspecto da DISCUSSÃO CENTRADA NA PESSOA, o que, em suma, pode ser resumido na experiência do indivíduo com seu adoecimento. Enquanto o primeiro D é uma fotografia do adoecer, o segundo D se propõe a ser uma revisão do biográfico daquela pessoa. Como ela adoeceu, quais as repercussões singulares na sua vida, o reconhecimento de suas motivações, de seus sentimentos e ideias sobre a doença, e de como ela, de fato, repercute nas suas funções e atividades atuais e vindouras e, principalmente, quais as expectativas de vida que essa pessoa enxerga para si, com, sem ou apesar da doença.

Dado que as condições crônicas dizem respeito, em sua imensa maioria, às repercussões de longo tempo de escolhas individuais da pessoa, o modelo 3D de acompanhamento prevê um deslocamento da equipe para um papel de apoio e não de protagonismo.

A equipe precisa ter uma postura proativa, tecnicamente consistente, mas, acima de tudo, humana e solidária. Nesse sentido, os usuários passariam a ver na equipe não uma resposta definitiva para seu problema, mas sim um meio para se compor uma rede de cuidados que dê suporte a um novo estilo de vida. Para isso, deve ser construído um terreno comum que ouça, reconheça e aborde, de maneira multiprofissional, as preocupações daquela pessoa, o reconhecimento do itinerário que a levou àquele estágio de doença e as decisões a serem tomadas baseadas no quadro clínico, mas tomando como centro uma resposta às suas ideias sobre o que ocorre e o que pode e deve ser feito.

Dessa forma, levam-se em conta as suas expectativas e experiências pessoais e culturais em relação à enfermidade e as de sua comunidade, para a existência de uma atmosfera adequada na direção de autocuidado responsável. Operacionalizar essa nova metodologia é uma tarefa bastante complexa, mas possível quando se dá na perspectiva multiprofissional e longitudinal.

Nessa direção, propõem-se 4 perguntas para nortear tal abordagem, incluídas no Instrumento de Estratificação de Risco Cardiovascular (Quadro 1).

Quadro 1 - Perguntas norteadoras para abordagem do paciente com condição crônica

Quais são seus sentimentos, emoções, percepções por ter esta doença?
Por que você acha que tem esta doença?
Como esta doença atrapalha a sua vida?
Como você acredita que possamos controlar essa doença, uma vez que não tem cura?

A equipe precisa estar atenta a alguns princípios norteadores da aplicação de instrumento cuja finalidade seja compreender melhor uma pessoa:

- Ter plena consciência que o momento da entrevista é um fragmento da realidade daquela pessoa. Fragmento esse que muitas vezes faz com que os usuários se transvistam em uma imagem mais palatável para si ou para a sociedade, mas que não necessariamente corresponde à verdadeira gênese do seu pensamento e, consequentemente, de suas atitudes. Dessa forma, multiplicar as possibilidades de pontos de contato com a equipe, de maneira livre, permitirá que se alcance mais naturalmente um vínculo real que propiciará uma compreensão real daquela pessoa e suas volições.
- Outro ponto importante é que o instrumento não pode ser aplicado de forma burocrática, como um questionário duro. Ele deve nortear uma relação amistosa, afetiva, baseada em empatia, sempre com vistas a facilitar a expressão emocional do paciente e sua compreensão de saúde.
- Fundamental também é a compreensão de que o momento da entrevista não se trata de um momento de monólogo para nenhum dos lados. Ele deve ser capaz de proporcionar escuta afetiva de maneira dialogada, proporcionando informações ao paciente, esclarecendo suas dúvidas.
- Por reconhecer a necessidade de avaliação continuada das dimensões abordadas no instrumento, sugere-se que sua aplicação não se limite a um único momento, mas sim que esteja presente como um elemento norteador da relação entre a equipe e aquela pessoa.

- Durante a aplicação do instrumento, a equipe deve permitir ao paciente a livre expressão de suas preocupações mais importantes, transcrevendo os pontos mais importantes, preferencialmente com as palavras usadas por ele. Por vezes, o real significado do uso de uma determinada expressão só será totalmente compreendido em outros contatos e a "tradução" eventualmente pode atrapalhar a real compreensão daquele sujeito.
- A equipe deve sempre buscar que sejam verbalizadas perguntas concretas, encorajando o usuário a se colocar a partir do seu referencial. A idealização da compreensão apenas serve para esconder a assimetria de informações e prejudicar a construção da compreensão necessária para o efetivo empoderamento para o controle das condições crônicas.
- Nesse sentido, a equipe deve favorecer e motivar que os pacientes expliquem suas crenças e expectativas sobre a sua enfermidade.
- E, por fim, a equipe deve ter sempre em mente que a sistematização proposta pelo instrumento deve ser capaz de promover a autonomia do usuário, envolvendo-o no próximo passo, a construção conjunta do tratamento e suas pactuações.

Decidindo Conjuntamente

Finalmente, o terceiro D consiste no momento terapêutico. Deve ser tratado de maneira compartilhada, de modo que se exercite a autonomia do sujeito, para que se DECIDA CONJUNTAMENTE quanto aos planos terapêuticos, seus limites e demais aspectos envolvidos, mas **sempre a partir do referencial do usuário** e não da equipe. Esse ato deve ser reconhecido por ambos como o caminho mais adequado naquele momento, para aquela pessoa, a partir de suas motivações e realidade, de maneira pragmática e sem idealizações.

A proposta é que o cuidado não seja oferecido de forma homogênea para todos os pacientes, mas a partir do conceito de equidade, um adensamento de tecnologias leves e duras para os casos de maior risco, de forma a customizar o cuidado na medida da necessidade do indivíduo. Depois de firmado o diagnóstico com sua devida estratificação de riscos e identificada a forma como aquela doença se expressa na vida daquela pessoa, sua interação com suas escolhas e seu estilo de vida, bem como seus sentimentos, ideias e expectativas relacionadas ao cenário atual e futuro, no caso de controle ou descontrole da doença, de maneira que os limites pessoais estejam bem estabelecidos, é hora de se traçar, em conjunto, o plano singular de cuidados.

Esse plano de cuidados deve ser traçado a partir de critérios de gravidade e vinculação, sempre disponibilizando de maneira organizada e oportuna as diferentes ofertas, maximizando oportunidades de vínculo e de construção conjunta de um novo estilo de vida.

CAPÍTULO 2

LINHA DE CUIDADO PARA PESSOAS COM HIPERTENSÃO E/OU DIABETES E/OU DISLIPIDEMIA

Este documento considera as melhores evidências, as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2020) e as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2019-2020) como referenciais teóricos na assistência às pessoas portadoras dessas patologias para o cuidado integral.

No Brasil, a hipertensão arterial atinge 23,9% dos indivíduos entrevistados, sendo maior entre as mulheres (26,4%) do que entre os homens (21,1%), de acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019. A frequência tende a ser maior com o aumento da idade, com 56,6% entre pessoas com 65 a 74 anos e 62,1% entre as pessoas com 75 anos ou mais (BRASIL, 2020).

A hipertensão arterial é comumente assintomática e evolui com alterações importantes em órgãos-alvo, como cérebro, coração e vasos. Somado a isso, o aumento da pressão arterial é o principal fator modificável que apresenta associação independente, linear e contínua para doenças cardiovasculares (DCV), doença renal crônica (DRC) e morte prematura, ocasionando grande impacto nos custos de saúde e socioeconômicos do país (BARROSO, 2021).

Os limites da Pressão Arterial (PA) considerados normais são, de certa forma, arbitrários, mas possuem referenciais estabelecidos que os tornam atualmente aceitos e seguros. A seguir, no Quadro 2, são apresentados os valores que classificam o comportamento da PA em adultos, por meio de medidas casuais ou de consultório:

Quadro 2- Classificação de PA de acordo com a medição casual ou no consultório a partir de 18 anos de idade

Classificação	PAS (mmHg)		PAD (mmHg)
PA ótima	<120	e	<80
PA normal	120-129	e/ou	80-84
Pré-hipertensão	130-139	e/ou	85-89
HA Estágio 1	140-159	e/ou	90-99
HA Estágio 2	160-179	e/ou	100-109
HA Estágio 3	≥180	e/ou	≥110

HA: hipertensão arterial; PA: pressão arterial; PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica. *A classificação é definida de acordo com a PA no consultório e pelo nível mais elevado de PA, sistólica ou diastólica. **A HA sistólica isolada, caracterizada pela PAS ≥ 140 mmHg e PAD < 90 mmHg, é classificada em 1, 2 ou 3, de acordo com os valores da PAS nos intervalos indicados. ***A HA diastólica isolada, caracterizada pela PAS < 140 mmHg e PAD ≥ 90 mmHg, é classificada em 1, 2 ou 3, de acordo com os valores da PAD nos intervalos indicados.

A hipertensão primária ou essencial representa a grande maioria dos casos diagnosticados, contudo é importante salientar que em algumas ocasiões a hipertensão arterial tem uma causa básica que se impõe, gerando o conceito de hipertensão secundária. Abaixo, o Quadro 3 apresenta situações em que a hipertensão secundária deve ser investigada com implicações na propedêutica e terapêutica propostas, além dos encaminhamentos aos especialistas focais de acordo com os achados encontrados, como: cardiologista, neurologista, nefrologista, endocrinologista entre outros.

Quadro 3 - Indícios de Hipertensão Arterial Secundária

1	**Hipertensão estágio 3 antes dos 30 anos ou após os 55 anos**
2	Hipertensão resistente ou refratária
3	Utilização de hormônios exógenos, fármacos ou demais substâncias que possam elevar a PA
4	Tríade do feocromocitoma: crises de palpitações, sudorese e cefaleia
5	Indícios de apneia obstrutiva do sono
6	Fácies típica ou biótipo de doenças que cursam com hipertensão arterial
7	Presença de sopros em territórios arteriais ou massas abdominais
8	Assimetria ou ausência de pulsos em MMII
9	Hipopotassemia espontânea ou severa induzida por diuréticos (< 3,0 mEq/L)
10	Exame de urina anormal (hematúria glomerular (dismórfica) ou presença de albuminúria/proteinúria), diminuição do RFG estimado, aumento de creatinina sérica ou alterações de imagem renal

Fonte: Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (2020).

ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR GLOBAL

A Estratificação de Risco Cardiovascular precisa ser entendida como estratégia de cuidado e de criação de vínculo com o usuário e não meramente uma etapa burocrática. Nesse sentido, ela se presta a avaliar os fatores de risco coexistentes, a detecção precoce das lesões de órgão-alvo e o diagnóstico das doenças cardiovasculares (DCV) avançadas, para que, de fato, o usuário se aproprie de sua condição de saúde.

Assim, avaliar o risco cardiovascular do paciente, ou seja, a probabilidade de determinado indivíduo desenvolver DCV em um determinado período é parte essencial do cuidado e pode nortear estratégias preventivas e de tratamento (BARROSO, 2021).

A maioria da população hipertensa demonstra fatores de risco coexistentes (Quadro 4). Por isso, a avaliação do risco cardiovascular (CV) depende de informações obtidas na história clínica, no exame físico e através de exames complementares, a fim de identificar lesões de órgão-alvo (Quadro 5), doença cardiovascular (DCV) ou doença renal já estabelecida (Quadro 6).

Identificação dos fatores de risco cardiovascular (FRCV) adicionais

Quadro 4 - Fatores de risco cardiovascular na avaliação do risco adicional do paciente

Fatores de risco cardiovascular na avaliação do risco adicional do paciente

- **Sexo masculino**
- **Idade**
  - Homens > 55 anos ou mulheres > 65 anos
- **História de DCV prematura em parentes de 1º grau**
  - Homens < 55 anos ou mulheres < 65 anos
- **Tabagismo**
- **Dislipidemia**
  - LDL-colesterol ≥ 100 mg/dl e/ou
  - HDL-colesterol ≤ 40 mg/dl nos homens ou ≤ 46 mg/dl nas mulheres e/ou
  - Triglicerídeos > 150 mg/dl
- **Diabetes Melito**
- **Obesidade**
  - IMC ≥ 30 kg/m2

DCV: doença cardiovascular; LDL: lipoproteína de baixa densidade; HDL: lipoproteína de alta densidade; IMC: índice de massa corporal; CA: circunferência abdominal.

Fonte: (Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020, 2021).

Presença de lesão de órgão-alvo (LOAS) e diagnóstico de doença cardiovascular (DCV) ou doença renal já estabelecida

A definição das lesões de órgão-alvo e a presença de doença cardiovascular ou renal já estabelecida se dão inicialmente pela história clínica e exame físico detalhado. Relatos de eventos condizentes com tal diagnóstico, como internações por infarto agudo do miocárdio, angina *pectoris*, insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral, ataque isquêmico transitório, dentre outros e/ou procedimentos oftalmológicos para tratamento de hemorragias, por exemplo, dão elementos importantes para a elucidação diagnóstica. Sempre que presentes, a equipe deve solicitar a apresentação dos exames e relatórios de alta para compreensão integral do evento e adequado seguimento. Quando não adequadamente demonstrados, ou não ocorridos, a lesão deve ser ativamente procurada a partir dos exames citados na Figura 2.

No exame físico detalhado que afira de maneira adequada a pressão arterial, a verificação da presença de marcadores indiretos do aumento da resistência periférica à insulina, como o aumento da circunferência abdominal ou presença de *acantose nigrans,* ou mesmo a presença de lesões nos pés ou no fundo do olho, traz informações extremamente relevantes para o caso.

Figura 2 - Exames a serem solicitados segundo grupo de risco na avaliação inicial da pessoa com condição crônica HAS/DM

Exame	Indicação
US renal com doppler	•Paciente com massa abdominal ou sopro abdominal
US de Carótidas com doppler	•Presença de sopro carotídeo, presença de doença cerebrovascular, presença de doença aterosclerótica em outros territórios
Ressonância Magnética Cerebral	•Pacientes com distúrbios cognitivos e demência
Ecocardiograma	•Presença de HVE ao ECG ou suspeita clínica de insuficiência cardíaca
Fundo de olho	•Pacientes com diabetes ou hipertensão arterial grau III
Albuminúria	•Pacientes hipertensos diabéticos, com síndrome metabólica ou com dois ou mais fatores de risco
ECG	•Todos os pacientes
Clearance de creatinina	•Todos os pacientes

Quadro 5 - Lesão de órgão-alvo na avaliação do risco adicional

Lesão de órgão-alvo na avaliação do risco adicional no hipertenso

- **Hipertrofia ventricular esquerda**
  - IECG: índice Sokolow-Lyon (SV1 + RV5 ou RV6) ≥ 35 mm
  - IECG: RaVL > 11 mm
  - IECG: Cornell voltagem > 2440 mm*ms
  - IECO: IMVE > 115 g/m2 nos homens ou > 95 g/m2 nas mulheres
- **EMI da carótida > 0,9 mm ou placa carotídea**
- **VOP carótido-femoral > 10 m/s**
- **ITB < 0,9**
- **Doença renal crônica estágio 3 (RFG-e 30-60 mL/min/1,73m2)**
- **Albuminúria entre 30 e 300 mg/24h ou relação albuminacreatinina urinária 30 a 300 mg/g**

ECG: eletrocardiograma; ECO: ecocardiograma; EMI: espessura mediointimal; IMVE: índice de massa ventricular esquerda; VOP: velocidade da onda de pulso; ITB: índice tornozelo-braquial; RFG-e: ritmo de filtração glomerular estimado.

Fonte**:** (Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020, 2021)

A recomendação atual é que a função renal seja avaliada, a partir do cruzamento do nível de albumina e da taxa de filtração glomerular (OLIVEIRA, MONTENEGRO JR, & VENCIO, 2022) *apud Kidney Disease: Improving Global Outcomes* (KDIGO, 2012; LEVIN, 2013), para que seja construído um prognóstico da Doença Renal Crônica (**Figura 3**), condição extremamente comum, principalmente quando combinados a hipertensão arterial e o diabetes.

As caselas em vermelho estabelecidas pelo KDIGO denotam um acometimento importante da função renal do paciente, sendo recomendado o acompanhamento concomitante do nefrologista.

Figura 3- Avaliação prognóstica da DRC de acordo com a categoria do RFG e albuminúria (KDIGO, 2012)

Prognóstico de DRC de acordo com a categoria do RFG e a albuminúria: KDIGO 2012			Categorias de aluminúria persistente Descrição e intervalos		
			A1 Normal e levemente aumentada	**A2** Moderadamente aumentada	**A3** Gravemente aumentada
			< 30mg/g < 3mg/mmol	30-300 mg/g 3-30 mg/mmol	> 300mg/g > 30mg/mmol
Categorias de RFG (ml/min/1.73m ^{3}) Descrição e intervalo					
E1	Normal ou alto	>90			
E2	Levemente diminuido	60-89			
E3a	Leva a moderadamente diminuido	45-59			
E3b	Moderado a extremamente diminuido	30-44			
E4	Extremamente diminuido	15-29			
E5	Doença renal terminal	<15			

Fonte: Adaptado de (Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2022)

Os critérios a serem utilizados para o diagnóstico da doença cardiovascular estabelecida e doença renal são apresentados no Quadro 6.

Quadro 6 - Doença cardiovascular e renal estabelecida para avaliação do risco adicional

Doença CV e renal estabelecida para avaliação do risco adicional
•**Doença cerebrovascular**
• *AVE isquêmico*
• *Hemorragia cerebral*
•*Ataque isquêmico transitório*
•**Doença da artéria coronária**
•*Angina estável ou instável*
•*Infarto do miocárdio*
•*Revascularização do miocárdio: percutânea (angioplastia) ou cirúrgica*
•*Insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida ou preservada*
•*Doença arterial periférica sintomática dos membros inferiores*
•*Doença renal crônica estágio 4 (RFG-e < 30 ml/min/1,73m2) ou albuminúria > 300 mg/24 h*
•*Retinopatia avançada: hemorragias, exsudatos, papiledema*

AVE: acidente vascular encefálico; RFG-e: ritmo de filtração glomerular estimado

Fonte**:** Adaptado de (Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020, 2021).

A estratificação de risco

O risco cardiovascular global deve ser avaliado em cada indivíduo hipertenso, pois auxilia na decisão terapêutica, na organização da agenda, objetivando a gestão longitudinal do cuidado e análise prognóstica. Sempre que houver qualquer sobreposição entre a hipertensão e diabetes que imponha classificações distintas, deve-se priorizar a estratificação com maior risco e que imporá um plano com maior densidade de cuidados ao paciente.

Como ferramenta de aplicação para auxiliar na estratificação CV, sugere-se o uso do Instrumento de Estratificação de Risco Cardiovascular (Figura 4), em que a Seção I e III podem ser aplicadas por qualquer profissional de saúde de nível superior, e a Seção II é exclusiva do profissional médico e/ou enfermeiro.

Figura 4- Instrumento de Estratificação de Risco Cardiovascular

Instrumento de Estratificação de Risco Cardiovascular

Validade máxima de 2 (dois) anos

Nome da UBS:			**Nº Pront:**
Nome do Paciente:	**DN:**		**Telefone**
CNS	**SEXO: ( )F ( )M ( ) Intersexo**		**Plano de Saúde (Convênio)? ( )S ( )N**
Raça ( ) Branco ( ) Preto ( ) Pardo ( ) Indígena ( ) Amarelo			
É Hipertenso? ( )S ( )N	**É Diabético? ( )S ( )N**	**Tipo:**	**INSULINO? ( )S ( )N** / **AMG? ( )S ( )N**
Teve COVID? ( )S ( )N	**Se sim, teve Complicação? ( )S ( )N**		

PA	**Peso:**	**Altura:**	**IMC:**	**CA:**

Seção I - Profissionais de Saúde de Nível Superior

Fatores de Risco Cardiovascular na avaliação do risco adicional no hipertenso	Sim	Não
Masculino		
Idade (homem > 55 anos ou mulheres > 65 anos)		
Histórico de DCV prematura em parentes de primeiro grau: < 55 anos para homens ou < 65 anos para mulheres		
Tabagismo		
Dislipidemia: triglicerídeos > 150 mg/ dl e/ou LDL-C >100 mg/ dl e/ou HDL-C <40 mg/ dl		
Diabetes melito (DM) já confirmado (glicemia de jejum de, pelo menos, 8 horas ≥ 126 mg/dL, glicemia aleatória ≥ 200 mg/dL ou HbA1c ≥ 6,5%) ou pré-diabetes (glicemia de jejum entre 100 e 125 mg/dL ou HbA1c entre 5,7 e 6,4%)		
Obesidade: IMC ≥ 30kg/m² ou CA ≥ 94 cm nos homens ou ≥ 80 cm nas mulheres		
Número de fatores de risco encontrados:		

_______________ Assinatura / Data

Seção II – Profissional Médico/ Enfermeiro

Lesão de Órgão Alvo	Sim	Não
Hipertrofia ventricular esquerda (HVE): • ECG: Sokolow-Lyon ≥ 35mm; **ou** RaVL>11mm; • ECO: IMVE>115 g/m² nos homens ou >95 g/m² nas mulheres		
Microalbuminúria: 30 - 300 mg/ 24 horas ou relação albumina/creatinina urinária 30-300 mg/g		
Doença renal crônica estágio 3 (RFG-e 30 - 60 ml/min/1,73 m²)		
Índice tornozelo-braquial (ITB): < 0,9[1]		
Espessura mediointimal (EMI) da carótida: > 0,9 mm ou placa carotídea, se indicado[1,2]		
Preenche 01 ou mais critérios?		

Doença Cardiovascular ou Renal estabelecida	Sim	Não
• AVE isquêmico ou;		
• Hemorragia cerebral ou;		
• Ataque isquêmico transitório (AIT).		
• Angina estável ou instável ou;		
• Infarto do Miocárdio ou;		
• Revascularização do miocárdio (angioplastia ou cirúrgica) ou;		
• Clínica de insuficiência cardíaca e/ou fração de ejeção reduzida FEVE<40;		
• Doença arterial periférica sintomática dos membros inferiores ou;		
• Doença renal crônica estágio 4 (RFG-e < 30 ml/min/1,73 m²) ou albuminúria >300mg/ 24h) ou;		
• Retinopatia avançada[2]: hemorragias, exsudatos, papiledema.[1,3]		
Preenche 01 ou mais critérios?		

[1] Não impossibilita o fechamento da Estratificação. [2] Indicado na presença de sopro carotídeo, doença cerebrovascular a cada 2 anos. [3] Indicado para HAS Grau III e Diabéticos ou com sintomatologia compatível, a cada 3 anos.
PA: pressão arterial; DCV: doença cardiovascular; LDL: lipoproteína de baixa densidade; HDL: lipoproteína de alta densidade; CT: Colesterol Total; IMC: índice de massa corporal; CA: circunferência abdominal. AVE: acidente vascular encefálico; RFG-e: ritmo de filtração glomerular estimado. ECG: eletrocardiograma; ECO: ecocardiograma; IMVE: índice de massa ventricular esquerda; VOP: velocidade da onda de pulso.

UTILIZE O QUADRO ABAIXO PARA ESTRATIFICAR O RISCO CARDIOVASCULAR
ATENÇÃO! A SEÇÃO I E A SEÇÃO II DEVEM ESTAR PREENCHIDAS

* Quando PAS e PAD situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para a classificação

	PAS <130 PAD < 85 e DM exclusivo	PAS 130-139 ou PAD 85-89	HAS Estágio 1 PAS 140-159 ou PAD 90-99	HAS Estágio 2 PAS 160-179 ou PAD 100-109	HAS Estágio 3 PAS ≥ 180 ou PAD ≥ 110
Sem fator de risco	------	------	Risco Baixo	Risco Moderado	Risco Alto
1-2 fatores de risco	------	Risco Baixo	Risco Moderado	Risco Alto	Risco Alto
≥3 fatores de risco	------	Risco Moderado	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto
Presença de DM e/ou LOA detectado	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto
Presença DCV, DRC	Risco Alto com doença renal ou cardiovascular estabelecida	Risco Alto com doença renal ou cardiovascular estabelecida	Risco Alto com doença renal ou cardiovascular estabelecida	Risco Alto com doença renal ou cardiovascular estabelecida	Risco Alto com doença renal ou cardiovascular estabelecida

Adaptado de: Barroso., et al. (2020). Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol*, 116(3):516-658. DOI: https://doi.org/10.36660/abc.20201238

ESTRATIFICAÇÃO RISCO CARDIOVASCULAR ☐ Risco Baixo ☐ Risco Moderado ☐ Risco Alto ☐ Risco Alto com doença

Após estratificar o Risco Cardiovascular, avalie a META TERAPÊUTICA:

Risco	PA sistólica (mmHg)	PA diastólica (mmHg)	A pessoa atingiu as metas pressóricas com o tratamento anti-hipertensivo, segundo o risco?
Baixo ou moderado	< 140	< 90	☐ Sim ☐ Não
Alto	<130	<80	

_______________ Assinatura / Data

Após 1 ano, avalie a META TERAPÊUTICA:

Risco	PA sistólica (mmHg)	PA diastólica (mmHg)	A pessoa atingiu as metas pressóricas com o tratamento anti-hipertensivo, segundo o risco?
Baixo ou moderado	< 140	< 90	☐ Sim ☐ Não
Alto	< 130	< 80	

_______________ Assinatura / Data

Seção III - Profissionais de Saúde de Nível Superior – Discussão Centrada na Pessoa

Pergunta norteadora sugerida	Respostas do Usuário	Assinatura / Data
1. Quais são seus sentimentos, emoções, percepções por ter esta doença?		
2. Por que você acha que tem esta doença?		
3. Como esta doença atrapalha a sua vida?		
4. Como você acredita que possamos controlar essa doença, uma vez que não tem cura?		

Versão 5/2022

SANTA MARCELINA Atenção Primária à Saúde · SUS · CIDADE DE SÃO PAULO SAÚDE

Para a estratificação de risco cardiovascular no hipertenso, recomenda-se utilizar os critérios apresentados no Quadro 7:

Quadro 7- Síntese da Estratificação do Risco Cardiovascular

	PAS <130 PAD < 85 e DM exclusivo	PAS 130-139 ou PAD 85-89	HAS Estágio 1 PAS 140-159 ou PAD 90-99	HAS Estágio 2 PAS 160-179 ou PAD 100-109	HAS Estágio 3 PAS ≥ 180 ou PAD ≥ 110
Sem fator de risco	-----	------	Risco Baixo	Risco Moderado	Risco Alto
1-2 fatores de risco	------	Risco Baixo	Risco Moderado	Risco Alto	Risco Alto
≥3 fatores de risco	------	Risco Moderado	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto
Presença de DM e/ou LOA detectado	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto
Presença DCV, DRC	Risco Alto com doença renal ou cardiovascular estabelecida	Risco Alto com doença renal ou cardiovascular estabelecida	Risco Alto com doença renal ou cardiovascular estabelecida	Risco Alto com doença renal ou cardiovascular estabelecida	Risco Alto com doença renal ou cardiovascular estabelecida

Adaptado de: Barroso., et al. (2020). Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol*, 116(3):516-658. DOI: https://doi.org/10.36660/abc.20201238

PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica; HAS: hipertensão arterial sistêmica; DCV: doença cardiovascular; DRC: doença renal crônica; DM: diabetes melito: LOA: lesão em órgão-alvo

Fonte**:** Adaptado de (Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020, 2021).

A intencionalidade da divisão das pessoas classificadas como Alto Risco, entre Alto Risco SEM Doença e Alto Risco COM Doença, é motivada pela necessidade de adensar o acesso para os grupos mais vulneráveis, de forma a ofertar cuidados, na lógica da equidade, para as respectivas necessidades. Dessa forma, a partir da coordenação do cuidado do Time Local, a presença de doença cardiovascular ou renal estabelecida sinaliza a necessidade de encaminhamento para especialistas focais, estruturando o processo de regulação assertivo entre a atenção primária e os demais níveis de atenção.

Da mesma forma, o objetivo terapêutico também se diferencia. Para aqueles com Alto Risco SEM Doença (com fatores de risco Adicionais e/ou LOAs), espera-se que não evoluam para o estabelecimento de doenças cardiovasculares e/ou renais avançadas, enquanto para aqueles que apresentam Alto Risco COM Doença o cuidado é com vista a não evolução para desfechos desfavoráveis, com imenso impacto financeiro, social e perda de anos de vida, principalmente nas regiões mais periféricas e vulneráveis.

A estratificação é processo dinâmico e determinante do plano de cuidados que se estabelece para o paciente crônico. Sugere-se que a estratificação do risco cardiovascular seja realizada a cada 2 anos, buscando o cuidado longitudinal, intervenção em tempo oportuno e os melhores desfechos possíveis.

O Diabetes Mellitus (DM), um dos maiores desafios para os sistemas de saúde do mundo, vem apresentando uma crescente prevalência devido ao aumento do sobrepeso e obesidade das populações globais, além do seu envelhecimento gradual e progressivo.

O diagnóstico de DM é realizado a partir de três critérios relacionados à glicemia, associados ou não à clínica do paciente (Quadro 8). Tais critérios clínicos se apresentam nos chamados 4 “P”s dos chamados sintomas inequívocos de diabetes, a saber: a poliúria, polidipsia, polifagia e a perda ponderal; a glicemia casual pode ser compreendida como aquela realizada a qualquer hora do dia, independentemente do horário das refeições; e a glicemia de jejum, mensurada com jejum de pelo menos 8 horas.

Quadro 8 - Critérios de diagnóstico para Diabetes Mellitus

Critérios	Glicose em jejum (mg/dL)	Glicose 2 horas após sobrecarga com 75 g de glicose (mg/dL)	Glicose ao acaso	Hb Glicada - HbA1c (%)	Observações
Normoglicemia	< 100	< 140	-	< 5,7	OMS emprega valor de corte de 110 mg/dL para normalidade da glicose em jejum.
Pré-diabetes ou risco aumentado para DM	≥ 100 e < 126	≥ 140 e < 200	-	≥ 5,7 e< 6,5	Positividade de qualquer dos parâmetros confirma diagnóstico de pré-diabetes.
Diabetes estabelecido	≥ 126	≥ 200	≥ 200 com sintomas inequívocos de hiperglicemia	≥ 6,5	Positividade de qualquer dos parâmetros confirma diagnóstico de DM. Método de HbA1c deve ser o padronizado. Na ausência de sintomas de hiperglicemia, é necessário confirmar o diagnóstico pela repetição de testes.

Fonte: (Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2022)

É importante ressaltar que os pacientes com diabetes e hipertensão e aqueles que são apenas diabéticos devem ter sua classificação de risco cardiovascular global realizada com o instrumento apresentado na página 42. Além disso, para o paciente com Diabetes, preconiza-se a utilização rotineira do instrumento “Ficha de Avaliação e Acompanhamento da Pessoa com Diabetes”, desde o primeiro encontro, apresentado na Figura 5:

Figura 5- Ficha de Avaliação e Acompanhamento da Pessoa com Diabetes

FICHA DE AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DA PESSOA PORTADORA DE DIABETES

Nome da UBS:			Data Atendimento:	
Nome do Paciente:			DN:	Nº Pront:
CNS	SEXO: ( )F ( )M		Medicina Suplementar? ( )S ( )N	
É Hipertenso? ( )S ( )N	É Diabético? ( )S ( )N	Tipo:	INSULINO? ( )S ( )N	AMG? ( )S ( )N

Seção I - Profissionais de Saúde de Nível Superior

DATA ÚLTIMO LAUDO AMG	DATA __/__/__	DATA __/__/__	DATA __/__/__	DATA __/__/__

EXAMES	DATA __/__/__	DATA __/__/__	DATA __/__/__	EXAMES	DATA __/__/__	DATA __/__/__	DATA __/__/__
Potássio				Creatinina			
Glicemia de jejum				Ureia			
HB Glicosilada				TSH			
Colesterol Total				T4 LIVRE			
Colesterol LDL				Ácido Úrico			
Colesterol HDL				Urina I			
Triglicérides				Microalbuminúria 24h			

AVALIAÇÃO DOS PÉS DA PESSOA COM DIABÉTES - APLICAÇÃO DO MONOFILAMENTO DE 10 G

DATA ___/_____ DATA ___/_____ DATA ___/_____ DATA ___/_____

Sinalize na figura: (+) para sensibilidade presente, (-) para sensibilidade ausente (x) Calosidade □ Úlcera △ Pré-úlcera

Preencha com S para sim ou N para não em cada pé

Pergunta/ Observações	Pé Direito	Pé Esquerdo
Histórico de ulceração no pé		
O pé apresenta forma anormal		
Existe deformação nos dedos		
As unhas são grossas ou encravadas		
Apresenta calos		
Apresenta edema		
Apresenta elevação na temperatura		
Apresenta fraqueza muscular		
Consegue examinar a planta dos seus pés		
Utiliza calçados adequados		

RESULTADO (Assinale com X)	
Neuropatia ausente	
Neuropatia presente, sem deformidades	
Neuropatia presente, sinais de doença vascular e/ou deformidades presentes	
Úlcera/amputação prévia	

ASSINATURA/ CARIMBO

Adaptado do Protocolo de Prevenção e tratamento de úlceras crônicas e pé diabético – SÃO PAULO, 2010

PERIODICIDADE DE REAVALIAÇÃO DOS PÉS

Neuropatia ausente	Anual
Neuropatia presente, sem deformidades	Semestral
Neuropatia presente, sinais de doença vascular e/ou deformidades presentes	Trimestral
Úlcera/amputação prévia	A cada 1 a 3 meses

Seção II – Exclusivo do Profissional Médico

Gravidade da retinopatia	DATA __/__/__ Assinale o resultado mais aproximado	DATA __/__/__ Assinale o resultado mais aproximado
Sem retinopatia aparente		
Retinopatia diabética não proliferativa leve		
Retinopatia diabética não proliferativa		
Retinopatia diabética proliferativa		
Retinopatia diabética proliferativa com Glaucoma		

Prognóstico de DRC de acordo com a categoria de RFG e a albuminúria: KDIGO 2012

				Categorias de albuminúria persistente Descrição e intervalos		
				A1 Normal a levemente aumentada	A2 Moderadamente aumentada	A3 Gravemente aumentada
				< 30 mg/g < 3 mg/mmol	30-300 mg/g 3-30 mg/mmol	> 300 mg/g > 30 mg/mmol
Categorias de RFG (ml/min/1,73m²) Descrição e intervalo	G1	Normal ou alto	≥ 90			
	G2	Levemente diminuído	60-89			
	G3a	Leve a moderadamente diminuído	45-59			
	G3b	Moderado a extremamente diminuído	30-44			
	G4	Extremamente diminuído	15-29			
	G5	Doença renal terminal	< 15			

Figura 1 – Prognóstico da DRC de acordo com a categoria do RFG e a albuminúria. Verde: baixo risco; Amarelo: risco moderadamente aumentado; Laranja: risco alto; Vermelho: risco muito alto.

Prognóstico de DRC - KDIGO 2012		Categorias de albuminúria persistente. Descrição de intervalos DATA ___/___/___		
		<30 mg/g	30-300mg/g	>300mg/g
Categorias de RFG (ml/min/1,73m²) Descrição e intervalo	>90			
	60-89			
	45-59			
	30-44			
	15-29			
	<15			

Prognóstico de DRC - KDIGO 2012		Categorias de albuminúria persistente. Descrição de intervalos DATA ___/___/___		
		<30 mg/g	30-300mg/g	>300mg/g
Categorias de RFG (ml/min/1,73m²) Descrição e intervalo	>90			
	60-89			
	45-59			
	30-44			
	15-29			
	<15			

PARÂMETRO	META	NÍVEIS TOLERÁVEIS	DATA (Último exame do ano anterior) ___/___	DATA ___/___	DATA ___/___
Hemoglobina Glicada	Ao redor de 7% em adultos. Entre 7,5% e 8,5% em idosos, dependendo do estado de saúde.	As metas devem ser individualizadas de acordo com: • duração do diabetes. • idade/expectativa de vida. • comorbidades. • doença cardiovascular. • complicações microvasculares. • hipoglicemia não percebida.			
Glicemia De Jejum	<100 mg/dL	<130 mg/Dl			
Glicemia Pré-Prandial	<100 mg/dL	<130 mg/dL			
Glicemia Pós-Prandial	<160 mg/dL	<180 mg/dL			

Assinatura / Data

Versão 2/2020

SUS PREFEITURA DE SÃO PAULO

Avaliação do pé diabético

Considerando que cerca de 60% a 80% das amputações de membro inferior (AMI) não traumáticas têm sido relatadas em indivíduos diabéticos, e 85% das AMI em diabéticos são precedidas por uma úlcera no pé diabético (PD) de cicatrização comprometida, faz-se necessário modificar as formas de abordagem do paciente durante seu atendimento. Faz parte do exame físico a inspeção dos pés a cada consulta, permitindo que o profissional identifique precocemente qualquer alteração e estabeleça tratamento em tempo oportuno, evitando o desenvolvimento de complicações. O paciente, ao perceber que um profissional de saúde avalia com frequência os seus pés, naturalmente adquire uma sensação de cuidado e importância desse hábito, o que contribui muito na sensibilização para que ele aprenda a olhar para os seus pés.

Tendo em vista a importância da prevenção de complicações do DM, viabilizar o acesso do paciente a uma assistência de qualidade inclui a necessidade de planejamento e implantação de ferramentas para a qualificação do cuidado.

É de responsabilidade da equipe de saúde, com o apoio dos seus gestores, avaliar a sua demanda para o exame do Pé Diabético, a partir do reconhecimento da sua população com diagnóstico de DM.

Para organizar em agenda essa demanda, é importante ter definido o número de pacientes com diabetes cadastrados no serviço e levar em conta quais os recursos estão disponíveis para a oferta desse cuidado. A partir desse dado, é possível que a equipe realize um planejamento para lidar com o agravo. Podemos trazer um exemplo prático para contextualizar essa ação:

Em uma Unidade Básica de Saúde, com cerca de 220 pacientes portadores de diabetes por enfermeiro de referência, podemos fazer o seguinte cálculo:

$$\frac{\text{220 pacientes}}{\text{11 meses (considerando um mês de férias deste profissional)}} = \text{20 pacientes por mês}$$

Ao analisarmos esses dados, podemos evidenciar que se o profissional de saúde garantir uma única avaliação dos pés diabéticos por dia útil de trabalho, dentro de um ano terá todos seus cadastrados avaliados. Isso significará uma mudança de paradigma na gestão do cuidado da pessoa portadora de diabetes, uma vez que, tanto em serviços públicos quanto em serviços privados, não é uma prática corriqueira esse cuidado qualificado. Vale salientar que profissionais médicos e fisioterapeutas podem realizar essa avaliação, devendo ser incluídos nas ações multiprofissionais.

As úlceras de pé diabético (UPD) são importantes complicações da pessoa com diabetes. Trata-se do resultado de uma combinação entre a **polineuropatia diabética** (PND) sensitivo-motora – caracterizada por: neuropatia diabética (perda da sensibilidade), deformidades (como dedos em garra ou em martelo, proeminência de metatarsos e acentuação de arco causando o aumento da pressão plantar) – com a **neuropatia autonômica** (pele seca), complicada pela **doença arterial periférica** (DAP).

A avaliação do pé da pessoa com diabetes requer duas medidas simples: história clínica e exame dos pés.

Na anamnese é fundamental a identificação dos fatores de risco listados no Quadro 9:

Quadro 9 -Fatores de Risco para Ulceração dos pés

Fatores de Risco para Ulceração dos pés
•PND
•Deformidades (PND motora, PND biodinâmica e LMA)
•Trauma
•DAP
•Histórico de úlcera e de amputação
•Doença renal do diabetes e retinopatia
•Duração do DM (> 10 anos) e o mau controle glicêmico
•Condição socioeconômica
•Indivíduo que mora sozinho e inacessibilidade ao sistema de saúde
•Fatores psicossociais correlacionados com a depressão, que favorece instabilidade postural e quedas,

Fonte**:** Adaptado de (Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2022)

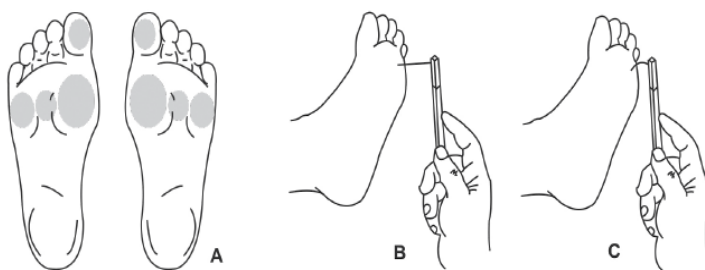
No exame físico, devem-se identificar lesões existentes e condições pré-ulcerativas como: pele seca, rachaduras, unhas hipotróficas ou encravadas, maceração interdigital e micose, calosidades, ausência de pelos e alteração de

tibial posterior e pedioso, coloração e temperatura (indicativas de Doença Arterial Periférica), e realizar a avaliação da perda da sensibilidade protetora nos pés de indivíduos portadores de diabetes (Figura 5).

O monofilamento de náilon (Semmes-Weinstein), de 10 g, é o instrumento recomendado para rastrear PND e o risco de ulceração neuropática, por detectar alteração da sensibilidade protetora plantar a partir de áreas de teste (A). Para realização do exame:

1. Deve-se, inicialmente, orientar o paciente sobre o exame, mostrar o monofilamento e, a seguir, demonstrar como será o teste para que ele possa observar e entender a manifestação esperada.
2. Ocluir o campo visual.
3. Iniciar a avaliação com o toque na área de teste (B), com força apenas suficiente para curvar o monofilamento por 2 segundos (C).
4. Questionar o paciente quanto à sensação e local percebido.
5. Aplicar o teste em todas as áreas preconizadas.

Uma simulação de aplicação e outra aplicação concreta nas mesmas áreas confirmam a identificação pelo paciente do local testado se duas respostas estão corretas; qualquer área insensível indica sensibilidade protetora alterada.

Figura 6- Avaliação da perda da sensibilidade protetora nos pés de indivíduos com diabetes

Fonte: Sociedade Brasileira de Diabetes (2017-2018).

A classificação do risco, a partir do levantamento da história clínica e do exame físico, direciona as medidas preventivas, recomendação de tratamento e seguimento, conforme o que vem sendo apresentado no Quadro 10.

Quadro 10 - Classificação de risco do pé diabético e recomendações

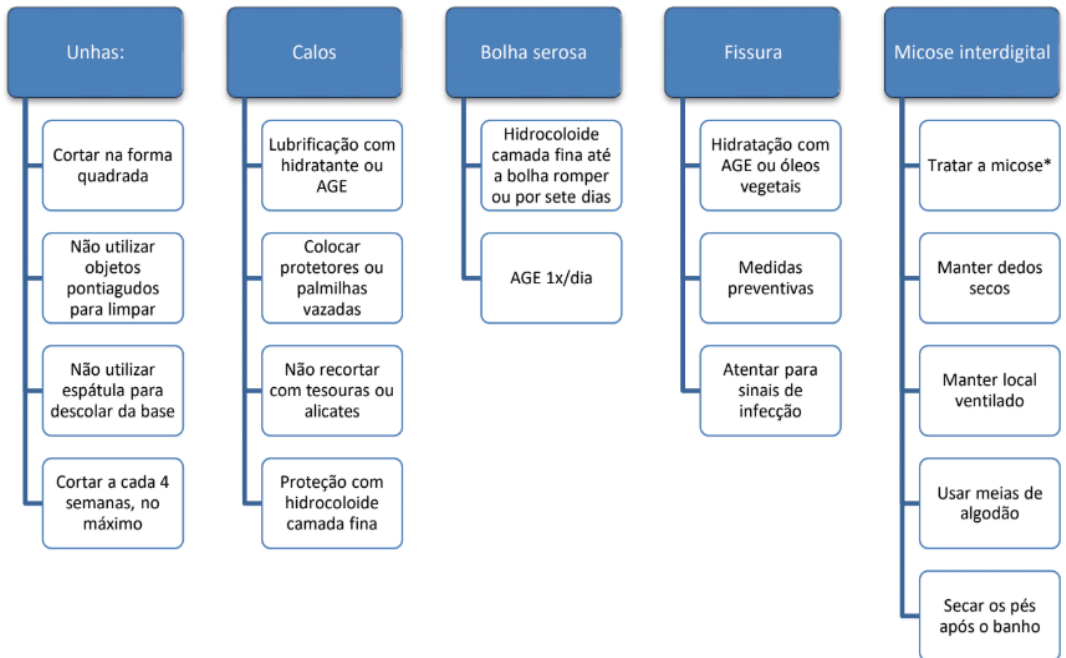
Nível de risco	**Definição clínica**	**Recomendações de tratamento**	**Recomendações de seguimento**
0	PSP e DAP ausentes	Educação do paciente. Aconselhamento sobre calçado adequado.	Anual, por uma equipe multiprofissional local (previamente treinada).
1	PSP com ou sem deformidade	Educação do paciente. Aconselhamento sobre calçado adequado, considerar o uso de sapatos especiais. Considerar cirurgia profilática se a deformidade não puder ser acomodada nos calçados.	A cada 3 a 6 meses, por equipe multiprofissional local; se houver deformidades, por equipe especialista.
2	DAP com ou sem PND e/ ou deformidade	Educação do paciente. Considerar o uso de sapatos especiais (ou customizados). Instituir consulta com cirurgião vascular para seguimento conjunto.	A cada 2 a 4 meses (cuidado compartilhado entre equipe multiprofissional local e equipe especialista de reabilitação).
3	Histórico de úlcera ou amputação	Educação do paciente. Considerar o uso de sapatos especiais (ou customizados). Instituir consulta com cirurgião vascular para seguimento conjunto.	A cada 1 a 3 meses (cuidado compartilhado entre equipe multiprofissional local e equipe especialista de reabilitação).

PSP: perda de sensibilidade protetora; DAP: doença arterial periférica.

Fonte**:** Adaptado de SMS-SP. Manual técnico: saúde do adulto (2016).

Em todos os encontros com pessoa com diabetes, é fundamental a educação para medidas preventivas e seu empoderamento quanto aos riscos e cuidados com os pés, para que ela identifique e busque o serviço em qualquer sinal de lesão ou condição pré-ulcerativas, de forma a oportunizar o tratamento precoce e efetivo e evitar amputações.

O profissional de saúde, frente às condições pré-ulcerativas, deverá tomar algumas condutas, que são apresentadas na Figura 7.

Figura 7- Condutas frente aos achados do Pé Diabético

AGE: Ácidos Graxos Essenciais.

* Conduta médica

Fonte: Elaborada pelos autores.

Na perspectiva de avaliar o indivíduo como um todo, é fundamental, sobretudo na pessoa com hipertensão e diabetes, avaliar e tratar quando necessário a dislipidemia, a partir do risco estabelecido pela Atualização Brasileira de Dislipidemia e Prevenção de Aterosclerose, em decorrência da mudança importante nos desfechos negativos quando essas patologias não são diagnosticadas e tratadas em conjunto.

O risco é estabelecido de acordo com preceitos Escore de Risco Global (ERG):

- **Risco muito alto** – Indivíduos que apresentem doença aterosclerótica significativa (coronária, cerebrovascular, vascular periférica (Grau de Recomendação: IIa; Nível de Evidência: B), com ou sem eventos clínicos, ou obstrução ≥ 50% em qualquer território arterial.
- **Alto risco** – portadores de aterosclerose na forma subclínica documentada por metodologia diagnóstica: ultrassonografia de carótidas com

presença de placa; Índice Tornozelo-Braquial (ITB) < 0,9; escore de Cálcio Arterial Coronariano (CAC) > 100 ou a presença de placas ateroscleróticas na angiotomografia (angio-CT) de coronárias. Aneurisma de aorta abdominal. Doença renal crônica definida por Taxa de Filtração Glomerular (TFG) < 60 mL/min, e em fase não dialítica. Aqueles com concentrações de LDL-c ≥ 190 mg/dL. Presença de diabetes melito tipos 1 ou 2, e com LDL-c entre 70 e 189 mg/dL e presença de Estratificadores de Risco (ER) ou Doença Aterosclerótica Subclínica (DASC). Definem-se Estratificadores de Risco (ER) e Doença Aterosclerótica Subclínica (DASC) no diabetes como: ER: idade ≥ 48 anos no homem e ≥ 54 anos na mulher; tempo de diagnóstico do diabetes > 10 anos; história familiar de parente de primeiro grau com DCV prematura (< 55 anos para homem e < 65 anos para mulher); tabagismo (pelo menos um cigarro no último mês); hipertensão arterial sistêmica; síndrome metabólica, de acordo com a *International Diabetes Federation*; presença de albuminúria > 30 mg/g de creatinina e/ou retinopatia; TFG < 60 mL/min. DASC: ultrassonografia de carótidas com presença de placa > 1,5 mm; ITB < 0,9; escore de CAC > 10; presença de placas ateroscleróticas na angio-CT de coronárias. Pacientes com LDL-c entre 70 e 189 mg/dL, do sexo masculino com risco calculado pelo ERG > 20% e nas mulheres > 10%.

- **Risco intermediário** – Indivíduos com risco entre 5 e 20% no sexo masculino, e entre 5 e 10% no sexo feminino, calculado pelo Escore de Risco Global (ERG ou diabéticos sem ER ou DASC).
- **Risco baixo** – Pacientes do sexo masculino e feminino com risco em 10 anos < 5%, calculado pelo Escore de Risco Global (ERG).

OFERTAS DE CUIDADO

Esse plano de cuidado deve ser traçado a partir de critérios de gravidade e vulnerabilidade, sempre ofertando de maneira organizada e oportuna os recursos disponíveis, maximizando oportunidades de vínculo e de construção conjunta de um novo estilo de vida. Essas ofertas devem seguir uma lógica singular, mas com densidades de cuidado estabelecidas a partir dos critérios de risco. Os tipos de oferta, propostas de densidade de cuidado segundo risco, bem como exames complementares propostos para seguimento e abordagens medicamentosas e não medicamentosas propostas para cada condição, estão detalhados a seguir:

Consultas Médicas

As consultas médicas realizadas com pacientes hipertensos e diabéticos devem prezar pela longitudinalidade e construção de uma relação gradativa, tecnicamente consistente e, acima de tudo, empática.

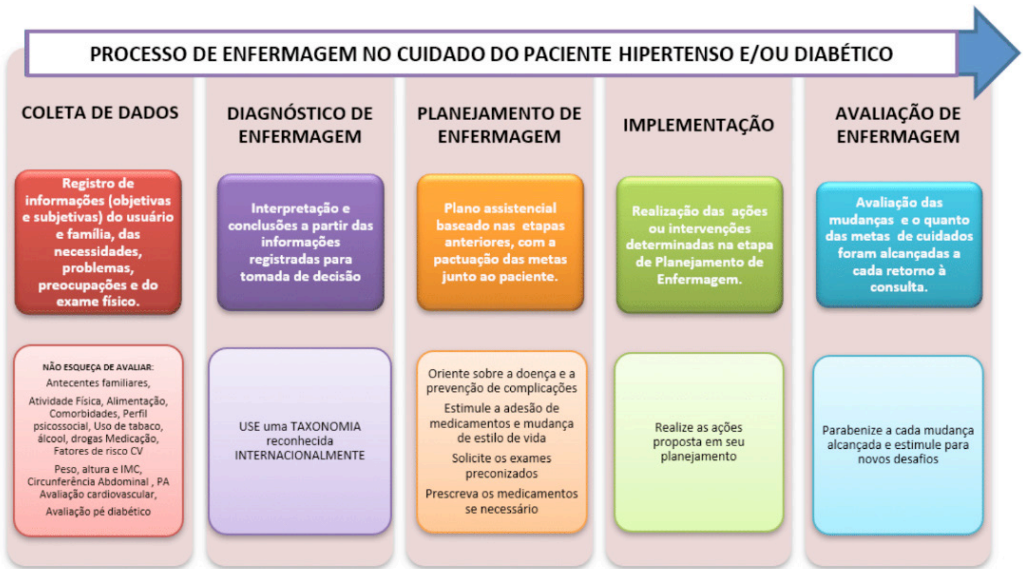
Devem, para isso, ter um grande investimento em uma boa anamnese e exame físico, que permitam reconhecer as alterações condizentes com o curso das doenças, norteando um aconselhamento que vise a uma mudança de estilo de vida e ao reestabelecimento de níveis aceitáveis de pressão arterial e glicemia, com o apoio, sempre que necessário, de opções terapêuticas medicamentosas e não-medicamentosas. A anamnese e exame físico completos devem ser realizados na primeira consulta, enquanto nas consultas de seguimento podem ser direcionadas às eventuais queixas e repercussões naturais do curso natural da doença, sempre com ênfase no reconhecimento de lesões de órgão-alvo ou sinais diretos e/ou indiretos de mudança de estratificação de risco.

Além de auxiliar na condução clínica do caso, é por meio da anamnese e exame físico que se sustentam as solicitações de exame e se reconhecem aspectos que respaldem encaminhamentos às diferentes especialidades para complementar a pesquisa de lesões de órgão-alvo (Quadro 5), sejam elas subclínicas ou clinicamente manifestas; pesquisar a presença de outras doenças associadas (Quadro 4); realizar, acompanhar e retificar, quando for o caso, a estratificação do risco CV global (Quadro 7) e avaliação de indícios para a suspeita de HA secundária (Quadro 3).

Consultas de Enfermagem

O enfermeiro, na sua prática assistencial, tem a sua consulta sistematizada pelo Processo de Enfermagem, norteada pelos protocolos instituídos, como ação complementar à consulta médica no cuidado à pessoa com hipertensão e/ou diabetes. O foco de sua atuação está centrado na educação para mudança do estilo de vida e na prática eficaz do autocuidado para estabilizar os quadros crônicos e a prevenção de complicações.

Dessa forma, o Processo de Enfermagem deverá contemplar as seguintes etapas ilustradas na Figura 8:

Figura 8 - Processo de Enfermagem no Cuidado do Paciente Hipertenso e/ou Diabético

Fonte: Elaborada pelos autores.

1° passo - Coleta de Dados

Trata-se do levantamento e registro de informações (objetivas e subjetivas) referentes ao usuário e família, a fim de identificar as necessidades, problemas e preocupações acerca da sua condição de saúde.

Questione sobre o conhecimento da doença e seus medos e expectativas; levante os dados referentes aos antecedentes pessoais e familiares; sobre condição socioeconômica, perfil psicossocial, condições de trabalho e moradia, lazer e religião; verifique as medicações em uso, adesão e possíveis efeitos colaterais e intercorrências ao tratamento; levante os hábitos de vida: alimentação, sono e repouso, higiene, atividade física e os fatores de risco (tabagismo, alcoolismo, obesidade, dislipidemia, sedentarismo e estresse); avalie os controles pressóricos, glicêmicos correlacionados ao tratamento e exames laboratoriais anteriores, além das queixas atuais.

Para as pessoas com diabetes em uso de insulina, é importante verificar o armazenamento, preparo e aplicação da substância, além do rodízio da aplicação e ocorrência de episódios de hiperglicemia ou hipoglicemia.

Em seguida, o exame físico deve ser detalhado, avaliando aparência física, peso, altura, IMC, circunferência abdominal, no mínimo 2 medidas da pressão

arterial (PA) com intervalo mínimo de 1 a 2 minutos entre si, cavidade oral, sistema cardiorrespiratório, abdome, pele, MMSS e MMII, mobilidade e o exame dos pés.

2º passo - Diagnóstico de Enfermagem

Trata-se da interpretação e conclusões a partir das informações registradas para tomada de decisão. O enfermeiro deverá utilizar uma taxonomia que seja reconhecida internacionalmente.

3º passo - Planejamento de Enfermagem

Trata-se do plano assistencial baseado nas etapas anteriores, com a pactuação das metas junto ao paciente. Orientam-se mudanças no estilo de vida e tratamento não medicamentoso, estabelecendo, junto à pessoa e à equipe, estratégias que possam favorecer a adesão ao tratamento.

Estimula-se a participação nas estratégias coletivas e educativas da Unidade como grupos e cursos, sendo fundamentais para o estímulo à mudança de estilo de vida.

Os exames que o enfermeiro poderá solicitar estão previstos no seguimento à pessoa com hipertensão e/ou diabetes, de acordo com o protocolo vigente da SMS-SP, descritos no Quadro 11. Deve-se considerar a possibilidade de atualização após a publicação deste documento.

Quadro 11- Exames que o enfermeiro deve solicitar no seguimento à pessoa com hipertensão e/ou diabetes

- Eletrocardiograma
- Glicemia em jejum
- Dosagem de colesterol total
- Dosagem de colesterol HDL
- Dosagem de triglicerídeos
- Dosagem de creatinina
- Urina tipo 1
- Dosagem de potássio

Referente ao tratamento medicamentoso, *o Manual Técnico: Saúde do Adulto* (2016) descreve:

> O tratamento medicamentoso também poderá fazer parte do plano terapêutico desenvolvido para cada usuário, sendo assim, a descontinuidade do mesmo poderá ser prejudicial ao acompanhamento da hipertensão (SMS-SP, 2016, p. 56).
>
> Portanto, **durante a consulta de enfermagem ao hipertenso, poderão ser prescritas as medicações anti-hipertensivas contidas na REMUME** (grifo nosso) dando continuidade ao plano terapêutico proposto a este usuário (SMS-SP, 2016, p. 56).
>
> Obs.: [...] na rede da Atenção Básica SMS-SP, o Enfermeiro deve realizar, não somente uma avaliação, e, sim, uma Consulta de Enfermagem e, avaliar se o paciente está respondendo bem ou não a medicação pela avaliação de pressão, exame físico e presença de sintomas e, encaminhar ao médico se controle da hipertensão não estiver adequado, prescrever o quantitativo medicamentoso até a próxima consulta médica, não ultrapassando 180 dias conforme PORTARIA Nº 338/2014-SMS.G (SMS-SP, 2016, p. 56).
>
> [...] durante a consulta de enfermagem ao portador de diabetes, poderá ser prescrito as medicações antidiabéticas, COM EXCEÇÃO DA INSULINA, contidas na REMUME dando continuidade assim ao plano terapêutico proposto a este usuário (SMS-SP, 2016, p. 70).

4º passo - Implementação

Contempla a realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem.

5º Passo - Avaliação

Avaliação das mudanças e o quanto das metas de cuidados foram alcançadas a cada retorno à consulta.

Parabenize a cada mudança alcançada e estimule novos desafios.

Frente à descompensação aguda com sintomatologia clínica ou piora dos parâmetros clínicos/ laboratoriais, deverá ser antecipado o retorno médico para avaliação e conduta.

Casos complexos deverão ser compartilhados com a equipe para a construção de projetos terapêuticos singulares.

Com o objetivo de auxiliar a prática profissional do enfermeiro, foi criado um Material de Apoio, que pode ser observado na Figura 9.

Figura 9 - Material de Apoio à Consulta de Enfermagem para pessoa com hipertensão e/ou diabetes

Fonte: Elaborado pelos autores.

Consultas Odontológicas

Diabetes Mellitus

Atualmente, existem evidências científicas que relacionam problemas bucais como um empecilho para se obter um adequado controle metabólico no usuário diabético. A presença de infecções, como a doença periodontal, leva à estimulação da resposta inflamatória, resultando em situação de estresse, que aumenta a resistência dos tecidos à insulina, piorando o controle do diabetes.

Para o cuidado adequado do usuário diabético, é preciso considerar os componentes do sistema de saúde, as necessidades dos portadores da doença e os recursos locais. É de fundamental importância que se trabalhe com educação em saúde, que sejam envolvidos todos os profissionais da saúde e que haja uma contínua avaliação da efetividade e da qualidade do tratamento dedicado aos usuários.

Usuários diabéticos não controlados frequentemente apresentam xerostomia (secura na boca), sensibilidade dolorosa na língua e distúrbios de gustação. É comum a modificação da flora bucal com tendência à candidíase oral e queilite angular. A doença periodontal encontra-se presente em cerca de 75% dos casos.

Deve-se priorizar o tratamento odontológico do diabético, pois as infecções agudas e condições inflamatórias podem aumentar a taxa de glicose no sangue. Deve haver troca de informações entre os profissionais da equipe de saúde a respeito da gravidade da doença, grau de controle, recomendações quanto à dieta e avaliação risco-benefício quanto ao uso de medicamentos e aos procedimentos invasivos.

Intervenções cirúrgicas devem ser realizadas apenas em pacientes que estejam sob monitorização e controle da glicemia (até 250 mg/dl), conforme avaliação do profissional. A hipoglicemia (sinais: sudorese fria e pegajosa, palidez, salivação abundante e palpitações, podendo evoluir para convulsões, inconsciência e coma) e a cetoacidose (sinais de hálito cetônico, sede intensa, micções frequentes, seguidos de desidratação, desorientação e hiperpneia compensatória) são complicações agudas que podem ocorrer com os pacientes portadores de diabetes durante os atendimentos odontológicos e, nesses casos, os usuários devem ser encaminhados imediatamente para avaliação médica.

Nas urgências odontológicas cuja intervenção não pode ser postergada, a conduta mais importante é o pronto alívio da dor, obtido por meio da anestesia local e remoção da causa. Deve-se utilizar a solução de prilocaína 3% com felipressina

(máximo de dois a três tubetes). É importante que o procedimento seja realizado de forma rápida (por volta de 30 minutos).

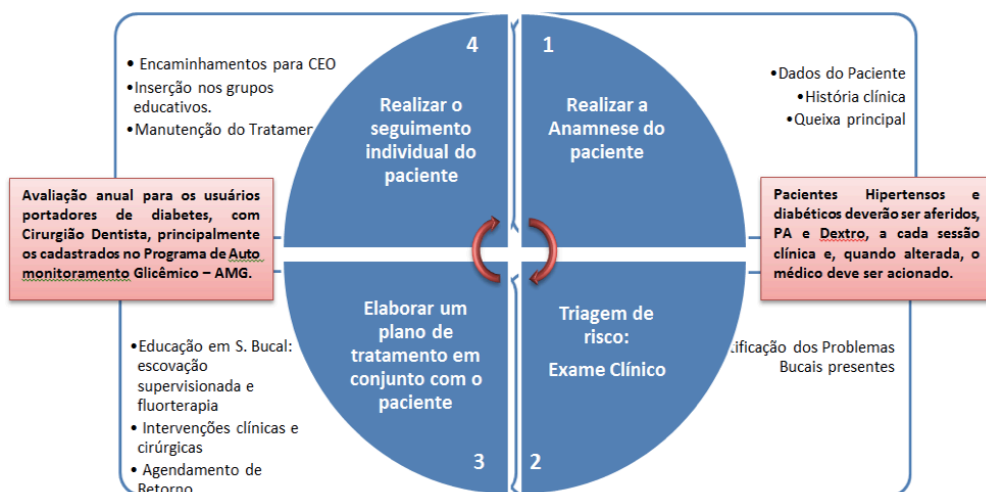
Enfatizamos a necessidade da avaliação bucal anual para os usuários portadores de diabetes, pelo cirurgião dentista, principalmente os cadastrados no Programa de Automonitoramento Glicêmico – AMG.

Hipertensão Arterial

Doença assintomática na maioria dos usuários adultos. Sua detecção, por ocasião da avaliação geral do usuário, pode ser fundamental. A pressão deve ser aferida a cada sessão clínica e, quando alterada, o médico deve ser acionado. A não observação correta do usuário quanto ao uso de medicamentos prescritos pelo médico constitui impedimento para o atendimento clínico, notadamente quanto ao uso de anestésicos e intervenções cirúrgicas. O usuário com hipertensão arterial deve ser convidado a participar mensalmente do grupo educativo da Unidade Básica de Saúde. É importante estabelecer, junto com o médico, o risco para a condução do tratamento odontológico e a indicação de medicamentos.

Nos atendimentos clínicos, cirúrgicos e nas urgências odontológicas cuja intervenção não pode ser postergada, a conduta mais importante é o pronto alívio da dor, obtido por meio da anestesia local e remoção da causa. Utilizar a solução de prilocaína 3% com felipressina (máximo de dois a três tubetes). É importante que o procedimento seja realizado de forma rápida (por volta de 30 minutos).

Na Figura 10, é apresentado o diagrama da consulta odontológica.

Figura 10 - Diagrama da consulta odontológica

Fonte: Elaborado pelos autores.

Consultas Farmacêuticas

O envelhecimento da população e a crescente morbimortalidade relativa às doenças crônicas exigiu um novo posicionamento da assistência farmacêutica e aproximação do farmacêutico com as linhas de cuidado do paciente, de forma a assumir um papel assistencial e desenvolver ações voltadas para o cuidado, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida.

O cuidado farmacêutico se estabelece através da ação integrada do farmacêutico com a equipe de saúde, centrada no usuário, para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde e prevenção de agravos. Visa à educação em saúde com foco na utilização racional de medicamentos prescritos e não prescritos, por meio dos serviços da clínica farmacêutica e atividades técnico-pedagógicas voltadas ao indivíduo, à família, à comunidade e à equipe de saúde.

O método clínico associado ao cuidado farmacêutico está dividido em 4 etapas, e consiste no caminho percorrido pelo profissional farmacêutico para atingir algumas metas relacionadas à farmacoterapia utilizada pelos pacientes (BRASIL, 2014).

Figura 11 - Método Clínico associado ao cuidado farmacêutico

Fonte: Elaborada pelos autores.

A primeira etapa está relacionada ao acolhimento do paciente e coleta de dados (anamnese farmacológica).

- Dados do paciente: que estão presentes no prontuário.
- Origem do paciente: como esse usuário chegou até o serviço farmacêutico - por encaminhamento, busca ativa ou demanda espontânea.
- Perfil do paciente: dados físicos, tais como peso, altura, limitações, autonomia no autocuidado, histórico de internações ou cirurgias recentes e acompanhamento em outros serviços de saúde.
- Perfil social: hábito alimentar, atividade física, consumo de álcool ou tabaco e acesso aos medicamentos.

A segunda etapa do método clínico corresponde à avaliação e identificação de problemas relacionados à farmacoterapia.

- Problemas de saúde/queixas: identificar o estado clínico de cada queixa relatada, avaliar exames laboratoriais e não laboratoriais, realizar exame físico quando necessário, sinais e sintomas.Farmacoterapia atual: medicamentos prescritos, automedicação, forma de utilização, dificuldades encontradas pelo paciente no uso das medicações e o conhecimento que o usuário tem do seu tratamento.
- Adesão ao tratamento: avaliar a adesão do usuário ao tratamento medicamentoso, identificar esquecimento de doses ou deixar de tomar a medicação em algumas situações específicas.
- Revisão dos sistemas: interrogatório sintomatológico para identificar questões que podem estar relacionadas à farmacoterapia.

O próximo passo corresponde à elaboração do plano de cuidado, cujo objetivo principal é atingir melhores resultados com o uso da farmacoterapia selecionada, de forma a minimizar riscos e eventos adversos.

- Parecer farmacêutico: identificação de problemas, intervenções farmacêuticas, encaminhamentos e elaboração de planos terapêuticos conjuntamente com o usuário.
- Finalização: pactuar metas, definir estratégias e agendar o retorno.

A última etapa do método clínico proposto corresponde ao seguimento do paciente, para avaliação das respostas advindas a partir das intervenções e da aplicação do plano de cuidado.

- Avaliar o resultado das intervenções anteriores e se houve evolução do acompanhamento sob os seguintes aspectos: mudanças no comporta-

mento e adesão do paciente ao tratamento, alterações realizadas na farmacoterapia, exames de monitoramento realizados e consultas realizadas com outros profissionais.

Ações de Reabilitação

Eventualmente, pacientes diabéticos, em suas avaliações periódicas dos pés, podem necessitar de avaliação especializada para uso adequado de calçados, com uso de órteses especializadas como palmilhas próprias e calçados anatômicos. Nesses casos, está indicado o acompanhamento conjunto com serviços especializados de reabilitação para confecção dessas órteses.

Além disso, a equipe de saúde da APS pode, a qualquer momento, a partir de necessidades identificadas na análise dos casos, acionar os profissionais da equipe multiprofissional para apoiarem os casos mais complexos, construindo Projetos Terapêuticos Singulares específicos.

Visita do ACS

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é considerado como uma extensão da UBS no território, a partir do olhar da população no serviço, já que ele é um membro da comunidade e possui com ela um envolvimento pessoal.

Dessa forma, o ACS tem um papel fundamental na identificação de pacientes com condições crônicas e na sensibilização para a importância do autocuidado e de que há uma equipe de saúde que pode ajudar aquela pessoa a caminhar na direção de um novo estilo de vida.

Para tanto, os ACS realizarão visitas domiciliares empoderados de um instrumento que norteia as principais preocupações e pontos a serem abordados para esse grupo de pessoas, garantindo, assim, maior possibilidade de construção de vínculo, a partir do reconhecimento de consistência técnica e preocupação com o estado de saúde daquela pessoa, dentro dos planos e projetos dela própria.

Portanto, o ACS deve:

- Identificar novos cadastrados com hipertensão e/ou diabetes.
- Identificar situações de risco individual e familiar.
- Questionar sobre estilo de vida, alimentação, atividade física, estresse, armazenamento e uso de medicação, entre outros.
- Encaminhar as pessoas aos serviços de saúde sempre que necessário.

- Orientar as pessoas quanto ao seguimento na Unidade (consultas, grupos...).
- Orientar e estimular as pessoas sobre a importância da mudança do estilo de vida.
- Acompanhar a situação de saúde das pessoas, para ajudá-las a conseguir bons resultados.
- Compartilhar com a equipe os dados encontrados.

Para esse fim, o Time Sob Controle propôs o instrumento apresentado na Figura 12.

Figura 12 - Roteiro de visita domiciliar pelo ACS

ROTEIRO PARA VISITA DOMICILIAR PELO ACS

PESSOAS PORTADORAS DE HIPERTENSÃO E/OU DIABETES		
Eixo	**Questionamento**	**Orientações / Observações**
Consultas / Grupos	Quando foi a última consulta com o médico ou enfermeiro? Se faltou: Por que não conseguiu ir à consulta? Já tem uma nova consulta agendada? Participa de algum grupo ou outra atividade da UBS? Qual? Se Diabético, quando foi realizado a avaliação do pé? Se AMG, participa do Grupo de AMG e retira os insumos mensalmente?	A frequência das consultas deve ocorrer de acordo com as orientações médicas e de enfermagem, pois cada pessoa tem uma necessidade diferente. O Diabético tem grande risco de apresentar lesões no pé, por isso é fundamental o cuidado com os pés e uso de calçados adequados, além da avaliação anual dos pés por um profissional de saúde de nível superior. O Insulinodependente deverá estar no Programa AMG, participar mensalmente dos grupos de orientações e retirar os insumos mensalmente, para seu autocontrole.
Tratamento medicamentoso	Está tomando os remédios da pressão e do diabetes? Está tomando a insulina? Eu poderia ver os remédios e a insulina onde estão guardados? Por favor, me conta como o senhor(a) está tomando os remédios e insulina. Está tomando todos os dias? Quais horários?	Se os remédios ou insulina estiverem guardados em local inadequado, leve a situação para reunião de equipe. Para os pacientes que usam insulina, se existir excesso de lancetas, fitas de glicemia, seringas e/ou agulhas, provavelmente a pessoa não está tomando a medicação corretamente. Nesse caso, comunique sua equipe. Peça para a pessoa relatar como está tomando os remédios para você confirmar se está tomando adequadamente.
Controles	O senhor(a) mede a pressão ou faz o dextro semanalmente? Onde o senhor(a) anota a pressão e o dextro quando mede?	Reforce a necessidade de anotar a pressão arterial e a glicemia capilar (dextro) conforme orientação médica, sendo que as anotações devem ser levadas na próxima consulta. Caso identifique ausência de controle de PA ou dextro, comunique sua equipe.
Hábitos de vida	O senhor(a) fuma? Tem vontade de parar de fumar? Conhece o grupo de tabagismo da UBS? O senhor(a) toma cerveja ou alguma bebida alcoólica? Quantas vezes por semana? O senhor(a) faz alguma atividade física? Conhece os grupos abertos da UBS de práticas corporais e atividades físicas?	Reforce a orientação que o cigarro e o álcool aumentam as complicações da pressão alta e do diabetes, prejudicando cada vez mais o funcionamento do coração, do cérebro e dos rins, aumentando o risco para enfartar e ter derrame. A atividade física ajuda a perder peso e melhora o condicionamento cardíaco. Oriente sobre dias e horários do grupo de tabagismo e demais grupos abertos da UBS.
Alimentação	O senhor(a) toma café da manhã, almoça e janta todos os dias? O senhor(a) gosta da comida com pouco sal ou mais salgada? O senhor(a) come muita comida industrializada: salgadinhos, refrigerantes, biscoitos, enlatados? Gosta e come muita fritura? Quantos frascos de óleo vocês gastam por mês? Gosta de doce? Come doces todos os dias? Quantos pacotes de açúcar vocês usam por mês?	Valorize os pontos positivos da alimentação da pessoa. Reforce a orientação sobre: - Importância de organizar os horários da alimentação (ideal a cada três horas), para evitar hipoglicemia (queda do nível de açúcar no sangue). - Reduzir a quantidade de sal no preparo das refeições. Não levar o saleiro para a mesa; isso evita o maior consumo de sal. - Evitar o excesso de alimentos industrializados, frituras, gorduras e excesso de massas, pães, farinhas, bolachas e etc. Dar preferência aos temperos naturais como limão, ervas, alho, cebola, salsa, cebolinha em substituição do sal. Todo alimento industrializado tem muito sódio, o que faz com que aumente a pressão. - Ingerir bastante água ao longo dia, nos intervalos das refeições;

BUSCA ATIVA DE HIPERTENSOS - PESSOAS COM 20 ANOS OU MAIS
- Qual a última vez que você mediu a pressão arterial? Caso a pessoa tenha medido a pressão arterial há mais de 2 anos, deve ser orientada a agendar consulta de enfermagem na UBS.

Versão 1 - 2022

PLANO TERAPÊUTICO

As DCNT possuem determinantes multifatoriais, geralmente apresentando respostas sensíveis às ações de promoção e prevenção. Apresentam aspectos em comum como etiopatogenia, fatores de risco (obesidade, dislipidemia e sedentarismo), múltiplas causas, início gradual, cronicidade, diagnóstico tardio, necessidade de controle rigoroso e cuidados contínuos para evitar complicações crônicas, baixa adesão ao tratamento, tratamento não medicamentoso similar, com necessidade de intervenção de equipe multiprofissional e participação ativa do paciente/indivíduo (BRASIL, 2001; SÃO PAULO, 2020).

Segundo as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial de 2020, a abordagem multidisciplinar classifica-se com grau de recomendação I, nível de evidência A, o que demonstra a importância do trabalho coletivo na prevenção e tratamento de agravos relacionados à DCNT.

Nesse sentido, ações educativas e terapêuticas podem ser desenvolvidas com grupos de pacientes, com seus familiares e a comunidade, e/ou atividades individuais, abordando diferentes estratégias de atuação, devendo ser consideradas a dinâmica e práticas assistenciais locais, além das particularidades sociais e culturais, locais e regionais (BARROSO *et al.*, 2021).

As intervenções são constituídas por abordagem medicamentosa e não medicamentosa, devendo abranger a assistência centrada no paciente, capacidade de integração entre os profissionais, compartilhamento de objetivos e metas e colaboração na tomada de decisões, com a participação do próprio paciente, considerando que o processo educativo e as mudanças de hábitos de vida são lentos, sendo essencial o uso de linguagem e comunicação claras, uniformes, objetivas e equilibradas (BARROSO *et al.*, 2021).

O Quadro 12 exemplifica as estratégias de intervenções da equipe multiprofissional centradas no paciente:

Quadro 12 - Estratégias de atuação da equipe multiprofissional centradas no paciente/indivíduo

Estratégias	Descrição	Exemplos	Membro da Equipe
Educação do paciente	Abordagem didática ou interativa para informar e educar os pacientes	Sessões educativas presenciais[389] Materiais impressos presenciais[389, 390] Materiais impressos via correio[390] Meios audiovisuais e Educação a distância[391]	MED, ENF, FARM, NUT, PSI, ACS
Apoio social	Envolvimento de familiares, amigos ou outros indivíduos para ajudar os pacientes a utilizarem os fármacos, conforme prescrito	Reuniões de grupos de apoio[347,350] Educação familiar[348]	FAM, AM, CD, ACS, ASS
Letramento e motivação do paciente	Motivar os pacientes a tomar a medicação, conforme prescrito, e remover obstáculos que prejudiquem sua motivação	Intervenções motivacionais[386, 389] Implantar ações de letramento em saúde[382,392,393]	MED, ENF, NUT, PSI EF, FIS, AM, CD, FAM
Automonitoramento da PA e uso de tecnologias	Envolver os pacientes a monitorar a PA e a adesão ao tratamento	Automedidas da PA[391] Monitorização residencial da PA[394,395] Telemonitoramento da PA[343,390,396,397]	MED, ENF, PAC, FAM, CD, ACS
Comunicação ou interação com os prestadores de serviços e entre membros da equipe	Melhorar a comunicação entre os pacientes e a equipe multiprofissional e outros prestadores e entre membros da equipe	Treinamento de habilidades de comunicação entre pacientes e a equipe multiprofissional e entre membros da equipe[390] Intervenções digitais interativas[390,358,359,398]	MED, ENF, NUT, EF, FIS, PSI, ASS. ACS
Facilitar o acesso aos serviços de saúde	Facilitar o agendamento de consultas em horários compatíveis com as necessidades dos pacientes	Pacientes de outros municípios Idosos dependentes de acompanhamento de terceiros[345,399]	ACS, ASS

AM: Amigo; ACS: agentes comunitários de saúde; ASS: assistente social; CD: cuidadores; ENF: enfermeiro; EF: profissional de educação física; FAM: familiar; FARM: farmacêutico; FIS: fisioterapia, MED: médico; NUT: nutricionista; PAC: paciente; PS: psicólogo.

Fonte: (Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2022).

A equipe multiprofissional deve considerar a importância de participar do processo de estratificação de risco, pois somente a partir da ciência do risco dos indivíduos será possível adotar estratégias de intervenção mais efetivas, sendo elas individuais ou coletivas, realizadas na unidade, comunidade ou domicílio.

Dentre as propostas de ação da equipe multiprofissional, temos:

- Aumentar o nível de conhecimento da população sobre a importância da promoção à saúde, tratamento e prevenção de agravos/ complicações da HAS e DM.
- Realizar educação em saúde com reavaliações constantes, considerando os resultados obtidos pelos pacientes, instrumentos utilizados e o desempenho da equipe envolvida, provendo todos os recursos necessários para o tratamento adequado.
- Atividades pontuais, como Campanhas de Prevenção e Combate à HAS e DM.
- Estratégias de incentivo à adoção de hábitos alimentares saudáveis e manutenção de peso adequado.
- Incentivo às modificações de estilo de vida, do comportamento e hábitos de risco como obesidade, dislipidemia, ingestão de álcool, transtornos mentais, entre outros.
- Promover ações de incentivo à vida ativa, reduzindo o comportamento sedentário.
- Estimular, por meio dos pacientes, dos representantes da comunidade e da sociedade civil, o desenvolvimento de atividades físicas comunitárias.
- Orientações para auxiliar a manutenção do perfil lipídico desejado, bem como valores de glicemia e pressão arterial adequados de acordo com a estratificação de risco.
- Ações que auxiliem e incentivem a cessação do tabagismo.
- Realizar ações que possibilitem uma visão biopsicossocial do paciente/ indivíduo que englobam a espiritualidade, religiosidade e meditação, colocando-o no centro da atenção e do tratamento.
- Mapeamento e articulação com os serviços da Rede de Saúde, Intersetorial e Comunitária.
- Abordagem familiar para promoção do fortalecimento de vínculos e responsabilização.

- Visita domiciliar e entrevista social para levantamento de perfil socioeconômico.
- Realizar acolhimento aos pacientes que buscam o serviço de maneira espontânea.
- Participar de reuniões de matriciamento e discussão de PTS na sua unidade e em Rede.
-

Abordagem não-medicamentosa das condições crônicas

A abordagem não-medicamentosa das condições crônicas é parte fundamental do Projeto Terapêutico Singular (PTS), tendo grande impacto nos desfechos desses casos.

A adoção de conduta apenas centrada em terapêutica medicamentosa é claramente insuficiente, sendo a solução mais simples para um problema complexo.

As mudanças de estilo de vida (MEV), quando adotadas, induzem um estilo de vida mais saudável, reduzem o consumo de medicações e atuam na gênese de todo o problema, a obesidade centrípeta, que ativa o sistema renina–angiotensina–aldosterona, desencadeando a hipertensão, diabetes, a dislipidemia e seus desfechos.

O controle de peso, por meio de uma dieta equilibrada e atividade física, acompanhadas de cessação do tabagismo, medidas de combate ao estresse e consumo moderado de álcool são elementos indispensáveis. Segundo toda a literatura mundial, são a chave para uma vida mais longa e saudável.

Quadro 13 - Modificações no peso corporal e na ingestão alimentar e seus efeitos sobre a PA

Ação	**Redução aproximada da PAS/PAD**	**Recomendação**
Controle do peso	20-30% de diminuição da PA para cada 5% de perda ponderal	Manter IMC < 25 kg/m^2 até 65 anos Manter IMC < 27 kg/m^2 após 65 anos Manter CA < 80 cm nas mulheres e < 94 cm nos homens
Padrão alimentar	Redução de 6,7/3,5 mmHg	Adotar a dieta DASH
Restrição do consumo de sódio	Redução de 2 a 7 mmHg na PAS e de 1 a 3 mmHg na PAD com redução progressiva de 2,4 a 1,5 g sódio/dia, respectivamente	Restringir o consumo diário de sódio para 2,0 g, ou seja, 5 g de cloreto de sódio.
Moderação no consumo de álcool	Redução de 3,31/2,04 mmHg com a redução de 3-6 para 1-2 doses/dia	Limitar o consumo diário de álcool a 1 dose nas mulheres e pessoas com baixo peso e 2 doses nos homens
Atividade física diária	3,6/5,4 mmHg	Fazer, no mínimo, 30 min/dia de atividade física moderada, de forma contínua (1 x 30 min) ou acumulada (2 x 15 min ou 3 x 10 min) em 5 a 7 dias da semana. Treinamento aeróbico complementado pela resistido
Práticas de gerenciamento de estresse	As indicações clínicas revelam forte tendência de redução da PA	Psicoterapias e técnicas relaxamento

*IMC: índice de massa corporal; CA: circunferência abdominal; PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica. *Uma dose equivale a 350 ml de cerveja, 150 ml de vinho e 45 ml de bebida destilada.*

Adaptado de: (Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020, 2021)

Tais orientações deverão estar contidas em todos os encontros entre os profissionais de saúde e as pessoas com hipertensão e/ou diabetes, sejam em consultas individuais, visitas domiciliares ou em grupos.

Curso Sob Controle

O controle da hipertensão e diabetes está pautado na busca da qualidade de vida e adoção de hábitos saudáveis, o que requer uma atuação multidisciplinar e interdisciplinar, não limitada a consultas individuais. Nesse sentido, a ação coletiva em grupo é uma estratégia para promover a Educação em Saúde baseada no diálogo e na troca de saberes, favorecendo a compreensão do processo saúde-doença. Essas ações educativas oferecem aos indivíduos e grupos a oportunidade de construção de novos conhecimentos, conduzindo a uma prática consciente de

comportamentos de promoção da saúde ou prevenção de complicações geradas pela hipertensão e/ou diabetes.

O Grupo: “Curso Sob Controle: rumo à mudança de estilo de vida” se fundamenta na proposta de um curso com 3 módulos inter-relacionados, no total de 9 encontros, que podem ser acionados de maneira independente, não existindo uma sequência obrigatória. Divide-se em:

MÓDULO 1: Conhecendo o problema - por que mudaria meus hábitos?

MÓDULO 2: Estilo de vida saudável - como eu mudo?

MÓDULO 3: Tratamento - como eu me cuido?

Essa proposta oportuniza aos usuários que completam os 3 módulos uma certificação com o selo: “**Apto para mudança de estilo de vida**”, mas também oferece a opção aos usuários de montarem o próprio “cardápio” de temas que consideram relevantes para o seu autocuidado.

Sugere-se que este grupo “Curso Sob Controle: rumo à mudança de estilo de vida” seja ofertado semanalmente, de maneira cíclica, durante todo o ano, conforme Quadro 14:

Quadro 14: Curso Sob Controle - Módulo 1

<table>
<tr><td rowspan="6">MÓDULO 1: CONHECENDO O PROBLEMA - POR QUE MUDARIA MEUS HABITOS?</td><td rowspan="5">O que é diabetes e hipertensão - INTRODUTÓRIO</td><td rowspan="5">1º encontro</td><td>• Processo saúde-doença</td></tr>
<tr><td>• Tipos de hipertensão e diabetes</td></tr>
<tr><td>• Valores esperados da pressão arterial e glicemia</td></tr>
<tr><td>• Tratamento e Controle da doença</td></tr>
<tr><td>• Cronicidade da doença</td></tr>
<tr><td>Complicações crônicas Complicações de urgência e emergência</td><td>2º encontro</td><td>• Hereditariedade e fatores de riscos associados (Obesidade, tabagismo...)
• Hipoglicemia e hipotensão arterial
• Crise hipertensiva
• Infarto Agudo do Miocárdio
• Acidente Vascular Encefálico (derrame)
• Como identificar essas situações? O que fazer?
• Treinando amigos e familiares para dar os primeiros socorros
• Complicações por falta de controle da pressão arterial e do diabetes, como: doenças cardíacas, renais, oftalmológicas, cerebrais.</td></tr>
</table>

(continua...)

Quadro 14: Curso Sob Controle - Módulo 2 (continuação)

<table>
<tr><td rowspan="18">MÓDULO 2: ESTILO DE VIDA SAUDAVEL - COMO EU MUDO?</td><td rowspan="4">Alimentação</td><td rowspan="4">1º encontro</td><td>• Plano alimentar X controle</td></tr>
<tr><td>• Grupos de alimentos</td></tr>
<tr><td>• Alimentos dietéticos para diabetes</td></tr>
<tr><td>• Uso consciente do sal</td></tr>
<tr><td rowspan="4">Exercícios físicos</td><td rowspan="4">2º encontro</td><td>• Exercício X controle</td></tr>
<tr><td>• Relação exercício-alimentação-glicemia/ pressão arterial</td></tr>
<tr><td>• Tipo, duração e frequência das atividades físicas</td></tr>
<tr><td>• Participação em atividades de lazer</td></tr>
<tr><td rowspan="6">Controle da hipertensão e diabetes no cotidiano e no convívio</td><td rowspan="10">3º encontro</td><td>• Hábitos de vida de familiares e amigos</td></tr>
<tr><td>• Enfrentando o tabagismo</td></tr>
<tr><td>• Comendo fora de casa: festas, restaurantes etc.</td></tr>
<tr><td>• Viagens</td></tr>
<tr><td>• Escola/emprego</td></tr>
<tr><td>• Condução de automóveis</td></tr>
<tr><td rowspan="4"></td><td>• Estresse X descompensação da doença</td></tr>
<tr><td>• Mecanismos de diminuição do estresse</td></tr>
<tr><td>• Como lidar em situações especiais: luto, perda, desemprego etc.</td></tr>
<tr><td>• Importância da socialização e convívio e onde buscar esses espaços</td></tr>
</table>

(continua...)

Quadro 14: Curso Sob Controle - Módulo 3 (continuação)

MÓDULO 3: TRATAMENTO - COMO EU ME CUIDO?	**Monitoramento da glicemia capilar e uso da medicação para o diabetes**	**1º encontro**	• Dicas de organização para aferição da glicemia
			• Controle e registro dos monitoramentos
			• Estou com a glicemia alterada? O que fazer?
			• Tipos de medicação e forma de ação no organismo
			• Proposta do tratamento e adesão
			• Dicas para não se esquecer da medicação
	Monitoramento da pressão arterial e uso da medicação para hipertensão arterial	**2º encontro**	• Dicas de organização para aferição da pressão arterial
			• Controle e registro dos monitoramentos
			• Estou com a pressão alta? O que fazer?
			• Tipos de medicação e forma de ação no organismo
			• Proposta do tratamento e adesão
			• Dicas para não se esquecer da medicação
	Cuidados com os dentes	**3º encontro**	• Risco para a saúde bucal pela falta de controle da doença
			• Participação periódica na avaliação bucal pelo dentista
			• Cuidados com a Higiene bucal
	Cuidado com os pés	**4º encontro**	• Riscos para os pés gerados pela falta de controle da doença
			• Higiene e hidratação dos pés
			• Inspeção diária
			• Uso de calçado apropriado

Fonte: Elaborado pelos autores.

Além da oferta do Curso Sob Controle, sugere-se que grupos terapêuticos, objetivando o controle da hipertensão/ diabetes, sejam oferecidos de forma complementar como, por exemplo, no Quadro 15:

Quadro 15- Grupos Sob Controle

Grupos	**Objetivo**
AMG	Acompanhamento de pacientes em uso de insulinoterapia
Tabagismo	Estímulo a cessar o tabagismo
Cuidado com Diabetes Mellitus	Avaliação do Pé diabético e Avaliação da Acuidade visual (Snellen)
Cozinha experimental	Fomentar a alimentação saudável com foco na hipertensão/diabetes

Grupo de Promoção à Saúde

Os Grupos **de Promoção à Saúde** têm como objetivo promover saúde e prevenir doenças, através de espaços coletivos com troca de saberes, socialização e estímulo à mudança de hábitos de vida. Esses grupos poderão ter caráter aberto (que recebem usuários ao longo do processo), semiaberto (recebem usuários ao longo do processo, desde que pactuado com os demais participantes) ou fechado (não recebe novos participantes até a conclusão de um projeto/atividade/tempo programado). A decisão estará de acordo com os objetivos definidos.

Abaixo, estão descritos grupos mínimos sugeridos que poderão compor o eixo Viver Bem, cada um com sua metodologia específica:

Grupo de Hábitos Alimentares

Tem como objetivo promover um espaço educativo sobre alimentação saudável e equilibrada, e adaptação de hábitos de vida que possam contribuir para condições de obesidade e sobrepeso. Alguns grupos podem ser propostos também com o objetivo de emagrecimento.

Grupo de Práticas Corporais

Tem como objetivo promover saúde através de atividades físicas, podendo ter diferentes configurações, como, por exemplo: Grupo de Caminhada, Dança Circular, Lian Gong etc.

Grupo de Convivência

Tem como objetivo um espaço de convivência a fim explorar a potencialidade das situações grupais, podendo ser um espaço de reunião para pessoas que possuam uma necessidade e/ou propósito comum. No caso desse grupo, o objetivo principal é promover a sociabilidade, intermediar relações, manejar dificuldades

relacionais, possibilitando aprendizado, troca de afetos, melhora na autoestima etc., impactando na ampliação de rede pessoal significativa e autonomia para mudança e tomadas de decisão saudáveis, como, por exemplo: Grupo de Artesanatos, Rodas de Chá etc.

Abordagem medicamentosa das condições crônicas

A abordagem medicamentosa das pessoas com hipertensão se baseia em dois parâmetros fundamentais:

1. O nível pressórico encontrado durante as consultas realizadas (Quadro 2).
2. A estratificação do risco cardiovascular, conforme anteriormente preconizado (Quadro 7).

Nessa perspectiva, a pessoa com hipertensão estágio 1 e risco cardiovascular baixo e moderado deve, além de ser orientada para as mudanças de estilo de vida, iniciar o tratamento com monoterapia medicamentosa, utilizando prioritariamente diuréticos tiazídicos, inibidores de enzima conversora de angiotensina, bloqueador dos canais de cálcio, bloqueadores da angiotensina II e betabloqueadores (este último não deve ser utilizado em monoterapia em pacientes idosos).

Dentre essas cinco drogas, os diuréticos tiazídicos são muitosutilizado, e deve-se, sempre que possível, lançar mão deles, pois sabidamente diminuem o potencial de morbimortalidade das pessoas quemos utilizam, observação apontada em todos os estudos realizados.

Os efeitos colaterais mais frequentes dessa classe são: intolerância à glicose, aumento do ácido úrico e piora do perfil lipídico,spodendo ocorrer doses dependentes, redução do potássio e do magnésir.

Os diuréticos de alça são reservados para casos de insuficiência renal e casos de edema por insuficiência renal ou insuficiência cardíaca.

Drogas de primeira linha no tratamento da hipertensão, os inibidores da enzima de conversão de angiotensina (IECA, são as drogas de escolha fundamental, por reduzirem a morbimortalidade dessas pessoas, sendo drogas de primeira escolha em pacientes com insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida, que já sofreram infarto do miocárdio, e em pacientes diabéticos, por retardarem a nefropatia diabética.

Os IECA produzem tosse não produtiva como seu principal efeito colateral, mas raramente podem causar edema e erupção cutânea. A elevação da ureia e

creatinina são reversíveis, sendo o efeito a longo prazo de proteção renal muito mais relevante. Os IECA, assim como os tiazídicos, podem reduzir o potássio, principalmente em pacientes diabéticos, e devem ser contraindicados em pacientes com estenose bilateral de artéria renal e nas gestantes, sendo explicado esse risco a mulheres em idade fértil.

Os bloqueadores dos receptores da AT1 da angiotensina I, têm eficácia similar aos IECA, com a vantagem de não provocarem a tosse, e com apresentações que podem ser usadas em dose única, o que facilita a adesão terapêutica, também devem serscontraindicados na gravidez e usados com muita parcimônia e orientação em mulheres em idade fértil.

Os bloqueadores dos canais de cálcio (BBC) são drogas também de primeira escolha em pacientes com doença da artéria coronária, principalmente quando houver contraindicação de outros anti-hipertensivos.

São efeitos colaterais, geralmente dose-dependentes dos BBC, o edema maleolar, cefaleia pulsátil e rubor facia . o verapamil podm agravar a insuficiência cardíaca e o bloqueio atrioventricular.

Os betabloqueadores (BB) são drogas muito importantes no tratamento da hipertensão, não sendo indicadas em monoterapia em pacientes idosos por não terem a mesma resposta das drogas anteriormente citadas no aumento da sobrevida.
São medicações particularmente úteis em pessoas com hipertensão e tremor essencial, migrânea, hipertensão porta e pacientes que já sofreram infarto.

Podem agravar situações de broncoespasmo, bradicardia, bloqueio atrioventricular, asma, DPOC e claudicação intermitente. Também podem provocar intolerância à glicosee mascarar hipoglicemia e agravar casos de dislipidemias.

Essas são as cinco drogas fundamentais no tratamento da hipertensão, sendo as demais escolhidas quando estas não produzem o efeito desejado.

A combinação entre elas deve observar as contraindicações observadas, sendo todas as combinações recomendadas, exceto a combinação dos IECA com os Inibidores dos receptores AT1 de angiontensina II.

A partir desses comentários, sendo o paciente hipertenso estágio 1 de baixo e médio risco, cabe ao terapeuta decidir conjuntamente (3D) com a pessoa em tratamento se vale a penaa iniciar a droga imediatamente, ou se, instituindo as mudanças de estilo de vida, após três meses de observação os níveis pressóricos atingem os valores de normalidade.

Qualquer pessoa com nível 2 ou 3 de hipertensão, bem como aqueles com nível 1, mas com alto risco cardiovascular, deve iniciar o tratamento medicamentoso

imediatamente, com combinação de duas drogas, de forma concomitante com as mudanças de estilo de vida. A Figura 13 abaixo sintetiza essas orientações.

Figura 13- Fluxograma para o tratamento da hipertensão

PA 130-139 e/ou 85-89 mmHg de risco alto HA estágio 1 de risco baixo
Muito idosos e/ou frágeis

HA estágio 1 de risco moderado e alto
HA estágios 2 e 3

Monoterapia
DIU
BBC
IECA
BRA
BB (indicações específicas)

Meta não alcançada

Combinação de dois fármacos*
IECA ou BRA + BBC ou DIU

Meta não alcançada

Combinação de três fármacos*
IECA ou BRA + BBC + DIU

Meta não alcançada

Quarto fármaco
Espironolactona

Meta não alcançada

Adição de mais fármacos
BB
Simpatolíticos centrais
Alfabloqueadores
Vasodilatadores

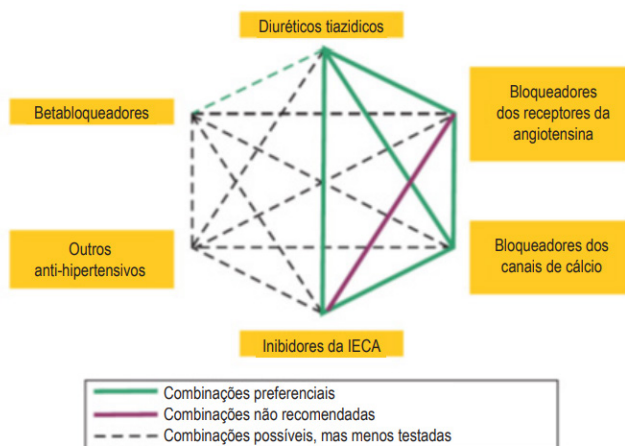
* Otimizar doses, preferêncialmente em comprimido único

Betabloqueadores devem ser indicados em condições específicas, tais como: IC, pós-IAM, angina, controle da FC, mulheres jovens com potencial para engravidar, em geral em combinação com outros fármacos.

RCV: risco cardiovascular; **TNM:** tratamento não medicamentoso; **DIU:** diuréticos; **IECA:** inibidores da enzima de conversão da angiotensina; **BCC:** bloqueador dos canais de cálcio; **BRA:** bloqueador do receptor de angiotensina; **BB:** betabloqueadores.

Fonte: Adaptado de (Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020, 2021)

A necessidade de combinação de droga, deve privilegiar, além das características singulares de cada pessoa e suas respectivas indicações e contraindicações, as orientações consideradas padrão ouro (Figura 14), por serem mais seguras e apresentarem melhores desfechos em relação à morbimortalidade.

Figura 14- Esquema preferencial de associações de medicamentos, de acordo com mecanismos de ação e sinergia

Fonte: (Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020, 2021)

Considerando-se a Relação Municipal de Medicamentos (REMUME, 2016), na qual estão contidas as medicações para tratamento da hipertensão, segundo sua classificação farmacológica:

Quadro 16- Medicações para tratamento da hipertensão contidas na REMUME, indicações, posologia e contraindicações

CLASSE	DENOMINAÇÃO	INDICAÇÃO	POSOLOGIA	CONTRAINDICAÇÃO RELATIVA	CONTRAINDICAÇÃO ABSOLUTA	REAÇÕES ADVERSAS
DIURÉTICOS DE ALÇA	Furosemida	- HAS associada à insuficiência renal (TFG < 30 mL/min/1,73 m^2 - Insuficiência cardíaca com retenção de volume	**40 a 120 mg/dia**			Hipopotassemia, hipomagnesia, arritmias ventriculares, hiperuricemia, intolerância à glicose, aumento da incidência de DB, aumento de triglicerídeos
DIURÉTICOS POUPADORES DE POTÁSSIO	Espironolactona	- Prevenção e tratamento de hipopotassemia, associados aos tiazídicos e diuréticos de alça, casos selecionados de IC	**50 a 100mg/dia**		- Pacientes com redução da função renal (causa hipopotassemia)	Idem
DIURÉTICOS TIAZÍDICOS	Hidroclorotiazida	Droga de escolha em monoterapia	**12,5 a 25 mg/dia**		Idem	Hipopotassemia, hipomagnesia, arritmias ventriculares, hiperuricemia, intolerância à glicose, aumento da incidência de DB, aumento de triglicerídeos
BETABLOQUEADORES (BB)	Atenolol	- Insuficiência cardíaca (HAS ou não)	**25 a 100 mg/dia**		- 1 e 2 gerações: asma brônquica, DPOC, bloqueio AV 2 e 3 graus	- Broncoespasmo, bradicardia, distúrbios de condução atrioventricular, vasoconstrição periférica, insônia, pesadelos, depressão psíquica, astenia, disfunção sexual - 1 e 2 gerações: intolerância à glicose, induzir ao aparecimento de novos casos de diabetes melito, hipertrigliceridemia, elevação do colesterol-LDL e redução do colesterol-HDL.
	Propranolol	- Tremor essencial, síndromes hipercinéticas, cefaleia de origem vascular, hipertensão portal (propranolol)	**40 a 120 mg/dia**			
	Carvedilol	- 3ª geração: melhora do metabolismo da glicose e lipídio	**6,25 a 50 mg/dia**			

(continua...)

Quadro 16- Medicações para tratamento da hipertensão contidas na REMUME, indicações, posologia e contraindicações

continuação

CLASSE	DENOMINAÇÃO	INDICAÇÃO	POSOLOGIA	CONTRAINDICAÇÃO RELATIVA	CONTRAINDICAÇÃO ABSOLUTA	REAÇÕES ADVERSAS
ANTAGONISTAS DOS CANAIS DE CÁLCIO (ACC)	Anlodipino	- Doença coronariana	**5 a 10 mg/dia**			- Cefaleia, tontura, rubor facial, edema de extremidades
	Nifedipino		**30 a 60 mg/dia**			
INIBIDORES DA ENZIMA CONVERSORA DE ANGIOTENSINA (IECA)	Captopril	- Insuficiência cardíaca, pós infarto agudo do miocárdio - Alto risco para doença aterosclerótica	**25 a 150 mg/dia**	- Insuficiência renal crônica (hipopotassemia) - Hipertensão renovascular bilateral ou unilateral associada a rim único (aumento dos níveis sérios de ureia e creatinina) - Função renal reduzida (aumento da creatinina; a longo prazo – prepondera efeito nefroprotetor)	- Gravidez	- Tosse seca, alteração do paladar, reações de hipersensibilidade (raro)
	Enalapril	- Prevenção secundária do AVE - A longo prazo: retardo do declínio da função renal em pacientes com nefropatia diabética - DB	**5 a 40 mg/dia**			
BLOQUEADORES DOS RECEPTORES AT1 DA ANGIOTENSINA II (BRA II)	Losartana	- Alto risco cardiovascular ou com comorbidades - Insuficiência cardíaca congestiva - Prevenção do AVC - Nefroprotetores em pacientes com DB tipo 2 com nefropatia estabelecida	**50 a 100mg/dia**			- Tontura, reação de hipersensibilidade (rash; raro)

No Quadro 17, estão descritas as medicações antidiabéticas contidas na REMUME (2016) para o uso na Atenção Primária, e no Quadro 18, as não previstas:

Quadro 17 - Antidiabéticos contidos na REMUME

Medicamentos (posologia mínima e máxima em mg)	Mecanismo de ação	Redução da glicemia de jejum (mg/dL)	Redução de HbA1c (%)	Vantagens	Desvanta-gens	Contraindi-cação
Biguanidas						
Metformina - 500 a 2.000 mg/dia (crianças) e 500 a 2.550 mg/dia (adultos) dose inicial: 500 mg, 1 a 3 vezes ao dia	Metformina - 500 a 2.000 mg/dia (crianças) e 500 a 2.550 mg/dia (adultos) dose inicial: 500 mg, 1 a 3 vezes ao dia	Metformina - 500 a 2.000 mg/dia (crianças) e 500 a 2.550 mg/dia (adultos) dose inicial: 500 mg, 1 a 3 vezes ao dia	Metformina - 500 a 2.000 mg/dia (crianças) e 500 a 2.550 mg/dia (adultos) dose inicial: 500 mg, 1 a 3 vezes ao dia	Experiência extensa com a droga Redução do risco de complica-çõesmicro-vasculares (UKPDS) Redução re-lativamente maior da HbA1C	Hipoglicemia e ganho ponderal	Gravidez, insuficiência renal ou hepática
Sulfonilureia						
Gliclazida MR - 30 a 120 mg/dia – 1x/dia	Estimula a secreção de insulina pe-las células beta pan-creáticas, por meio da ligação no receptor SUR-1 (aumenta in-fluxo de Ca → aumenta liberação de insulina)	60-70 mg/dLB	1,5%-2,0%	Redução do risco de complica-ções micro-vasculares Maior potência na redução da HbA1C	Hipoglicemia Ganho de peso	Taxa de Filtração Glomerular <30 mL/min/1,73 m2 Insuficiência hepática DM com deficiência grave de insulina Infecções graves Gestação

Fonte: Adaptado Diretriz Sociedade Brasileira de Diabetes (2022).

Quadro 18 – Antidiabéticos NÃO contidos na REMUME

Medicamentos	Mecanismo de ação	Redução da glicemia de jejum (mg/dL)	Redução de HbA1c (%)	Vantagens	Desvantagens	Contraindicação
Agonistas do Receptor do GLP-1						
Liraglutida:0,6mg 1,2 mg e 1,8mg / dia Dulaglutida: 0,75 mg a 1,5 mg 1x semana Semaglutida injetável: 0,25mg, 0,5mg a 1mg 1x semana. Semaglutida Oral: 3mg, 7mg, 14mg 1x dia.	Aumenta a secreção de insulina dependente de glicose. Reduz secreção de glucagon. Retarda o esvaziamento gástrico. Aumenta a saciedade.	30 mg/dL	0,8-1,5%	Redução do peso corporal. Redução da variabilidade da glicose pós-prandial. Redução discreta da pressão arterial sistólica. Redução de triglicérides pós-prandiais (semaglutida oral). Raramente causa hipoglicemia. Redução de eventos cardiovasculares em pacientes com DCV aterosclerótica*. Redução de albuminúria.	Náusea, vômitos e diarreia. Hipoglicemia, quando associado a secretagogos. Aumento discreto da frequência cardíaca. Pancreatite aguda (raro, observado apenas nos GLP 1-RA injetáveis).	Hipersensibilidade. Carcinoma medular de tireoide. Pancreatite. Uso simultâneo de inibidores da DPP-IV. TFG <15 mL/min/1,73 m².
Inibidores do SGLT2						
Dapagliflozina 10 mg – 1x/dia Empagliflozina 10 a 25 mg – 1x/dia Canagliflozina 100 a 300 mg – 1x/dia	Inibe a absorção de glicose e sódio no túbulo proximal por meio da inibição do receptor SGLT2, levando à glicosúria e natriurese.	30 mg/dL	0,5%-1,0%	Redução de eventos cardiovasculares e mortalidade cardiovascular em pessoas com diabetes e DCV. Redução de internação por Insuficiência Cardíaca. Redução de desfechos renais. Raramente causa hipoglicemia. Redução discreta de peso. Redução da Pressão arterial.	Propensão à infecção do trato geniturinário. Risco baixo de cetoacidose euglicêmica.	Limitação de uso pela função renal: Dapagliflozina: - TFG <25 mL/min/1,73 m2 Canagliflozina: - TFG <45 mL/min/1,73 m2 Empagliflozina: - TFG <30 mL/min/1,73 m2

continua...

Quadro 18 – Antidiabéticos NÃO contidos na REMUME continuação

Medicamentos	Mecanismo de ação	Redução da glicemia de jejum (mg/dL)	Redução de HbA1c (%)	Vantagens	Desvantagens	Contraindicação
Inibidores da DPP - IV						
Sitagliptina 50 a 100 mg – 1-2x/dia Vildagliptina 50 mg – 2x/dia Linagliptina 5 mg – 1x/dia Alogliptina 6,25 ou 12,5 ou 25 mg – 1x/dia Saxagliptina 2,5 ou 5 mg – 1x/dia	Aumento do nível do GLP-1, com aumento de síntese e secreção de insulina, além de redução do glucagon.	20 mg/dL	0,6%-0,8%	Aumento da massa de células beta em modelos animais. Segurança e tolerabilidade. Raramente causa hipoglicemia. Não altera o peso.	Angioedema e urticária. Probabilidade de pancreatite aguda. Aumento das internações por IC (saxagliptina e alogliptina).	Hipersensibilidade aos componentes do medicamento
Pioglitazona						
Pioglitazona 15, 30 ou 45 mg – 1x/dia	Aumento da sensibilidade à insulina em músculo, adipócito e hepatócito	35-65 mg/dL	0,5%-1,4%	Reduz resistência à insulina. Prevenção de DM2. Reduz o espessamento médio-intimal carotídeo. Melhora o perfil lipídico com redução de triglicérides. Redução da gordura hepática. Raramente causa hipoglicemia.	Ganho de peso. Retenção hídrica. Risco de insuficiência cardíaca em pacientes propensos. Risco de fraturas em idosos.	Insuficiência Cardíaca classes III e IV Insuficiência hepática Gestação

Fonte: Adaptado da Diretriz Sociedade Brasileira de Diabetes (2022).

Na proposta medicamentosa da pessoa com diabetes, deve-se levar em conta vários parâmetros que incluem o tipo de diabetes (Tipo 1, Tipo 2, LADA, MODY, diabetes gestacional etc.), os níveis glicêmicos encontrados, os valores de

hemoglobina glicosilada, além das possibilidades ou presença de complicações agudas, como a cetoacidose diabética e o estado hiperosmolar.

Esse complexo conjunto de variantes aponta sempre para a singularização do tratamento, mas sendo recomendado como caminho terapêutico a ser perseguido com as seguintes premissas:

Pessoas com manifestações clínicas leves, glicemia de jejum inferior a 200mg/dl e hemoglobina glicada inferior a 6,5% devem, a priori, coadunar as mudanças de estilo de vida com monoterapia com biguanidas (metformina).

Pessoas com glicemia entre 200 e 299 mg/dl, sem sintomas graves de descompensação, hemoglobina glicada situada a partir de 6,5% até 8,9%, devem associar uma segunda droga, usualmente uma sulfonilureias (glicazida). As demais drogas que podem ser usadas como terceira medicação ou substitutivas da segunda são os agonistas de receptor da GLP 1, inibidores da SGLT2, inibidores da DPP-IV, pioglitazona ou glinidinas. São prescritas em ambulatórios de especialidades por endocrinologistas, não disponíveis na REMUME para uso em atenção primária e, portanto, **não devem ser prescritas**.

Em situações em que se pessoas apresentem glicemias maiores que 300 mg/dl, hemoglobina glicada a partir de 9,0% ou com perda de peso significativa ou sintomas de descompensação clínica importantes, excetuando-se a cetoacidose diabética ou estado hiperosmolar, é indicada a insulinoterapia parcial ou intensiva, de acordo com a gravidade do caso.

Pessoas com glicemia de jejum, associada a sinais de cetoacidose diabética associada ou estado hiperosmolar, devem ser encaminhadas para hospitalização. Esse nível glicêmico, associado a doenças de base de vulto, precisa, da mesma forma, ser encaminhado para acompanhamento em serviços de urgência imediatamente, pelo risco de desfechos graves.

Esse conjunto de recomendações sempre deve estar unido ao histórico de acompanhamento da pessoa e ao vínculo estabelecido entre a equipe multiprofissional e a pessoa em tratamento, para que, de forma singular, faça sentido para o terapeuta e seu paciente, aumentando a possibilidade de adesão. A Figura 15, abaixo, ratifica essas orientações:

Figura 15- Algoritmo para o manejo da terapia medicamentosa no paciente com diabetes

Etapa I: Conduta Inicial conforme a condição clínica atual e o peso do paciente

Manifestações leves + A1C<7,5%

Glicemia < 200mg/dL + Sintomas leves ou ausentes + Ausência de outras doenças agudas concomitantes

Manifestações moderadas + A1C>7,5 e <9,0%

Glicemia entre 200 e 299 mg/dL + Ausência de critérios para manifestação grave

Manifestações severas +A1C>9,0%

Glicemia > 300mg/dL - OU - Perda significante de peso - OU - Sintomas graves e significantes

Hospitalização se Glicemia >300 mg/dL

Nas seguintes condições: - cetoacidose diabética ou estado de coma hiperosmolar - OU - - doença grave intercorrente ou comorbidade

Discutir alterações de estilo de vida, orientando Programas Viver Bem e Sob Controle conforme singularidade do caso

Metformina em monoterapia

Metformina em terapia combinada com um segundo agente hipoglicemiante

Insulinoterapia parcial ou intensiva, conforme o caso

Após alta: iniciar a terapia ambulatorial conforme protocolo

PLANO DE CUIDADOS SINGULAR - INDIVIDUALIZAÇÃO DO TRATAMENTO
SUGESTÃO: PRIMEIRO RETORNO DE 1 A 3 MESES, DEPENDENDO DAS CONDIÇÕES CLÍNICAS E LABORATORIAIS AVALIADAS

Ajustar tratamento se as metas terapêuticas não forem alcançadas:
Glicemia (mg/dL) Jejum: <100 Pré-prandial: <130 Pós-prandial:<140
Hb A1C < 7,0% em adultos <8,0%, em idosos <8,5%, de 0 a 6 anos< 8,0%, de 6 a 12 anos<7,5%, de 13 a 19 anos

Fonte: Adaptado de (Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2022)

Em relação à introdução da insulina de forma parcial, algumas considerações são vitais para que esse processo ocorra a contento. De um modo geral, essa opção se inicia com 10 UI de insulina NPH noturna ou peso do paciente x 0,1-0,2 U/K/dia.

Geralmente, é mantida a dose já usada de metformina, sendo avaliada, caso a caso, a manutenção das demais drogas orais.

Quadro 18- Insulinas para dispensação APS - REMUME SMS-SP

Insulinas disponíveis para dispensação em APS – REMUME-SMS-SP					
Denominação	**Forma farmacêutica/ Apresentação**	**Condição de uso/ disponibilidade**	**Início**	**Pico**	**Duração**
Insulina humana NPH	Suspensão injetável 100 UI/mL fr-amp e caneta.	Itens para dispensa	2-4h	4-10h	10-18h
Insulina humana regular	Suspensão injetável 100 UI/mL fr-amp e caneta.	Itens para dispensa	30-60min	2-3h	5-8h

Fonte: Adaptado de (Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2022)

O ajuste da dose é feito a partir dos níveis de glicemia: se inferior a 70 mg/dl, retirar 4 UI da dose de base; se glicemia superior a 180 mg/dl, acrescer 2 UI. Esse processo pode ser conduzido na APS, sendo primordial a explicação com clareza à pessoa em tratamento quanto aos sinais de alerta e à importância da refeição noturna, pelo risco da hipoglicemia na supressão desta.

A introdução da insulinoterapia plena requer a participação do especialista em endocrinologia no começo desse processo, com seguimento concomitante da equipe de APS, que progressivamente assume a coordenação do cuidado. É recomendável que, sempre que possível, ocorra na lógica multiprofissional, dando seguimento ao plano singular de cuidados proposto pelo especialista.

Abaixo, descrevermos os diversos tipos de esquemas de insulinização, parcial ou plena, que podem ser realizados no acompanhamento de pessoas com diabetes, sempre ressaltando a importância de singularizar essa tomada de decisão sempre que necessário.

Figura 16- Insulinoterapia no paciente diabético tipo 2

Insulinoterapia no tratamento do diabetes *mellitus* tipo 2

Introdução Insulina Basal - Esquema Bed-time
(Inicio da insulina basal, geralmente associado a metformina)

Início: 10 U/dia 0,2 a 0,3 UI/kg/dia – Insulina NPH (a noite) – Mantém metformina e Retira a sulfoniluréia (Glicazida)
Ajuste: 10 – 15% ou 2-4 unidades por 1 ou 2 semanas para atingir a meta de glicemia de jejum

Hipoglicemia: Descobrir e tratar a causa; na ausênciade causa conhecida para hipo, diminuir a dose em 4 U ou 10 a 20%

3 meses sem sucesso no atingimento da meta terapêutica, com monitoramento contínuo, notificação de eventos e ênfase na importância das mudanças de estilo de vida e adesão adequada

Terapia combinada injetável - Início
Manutenção da Insulina NPH conforme uso já atribuido
Considerar redução de medicação antidiabética oral
Iniciar esquema com Insulina-R conforme abaixo:

Adicionar 1 dose de insulina R antes da principal refeição
Início: 4U, 0,1/kg, ou 10% da dose basal (NPH) – Se A1C for <8%, considerar a redução da basal pela mesma quantidade
Ajuste: Acompanhamento próximo com apoio da equipe multi. Aumentar de 1 ou 2 unidades por ajuste, a cada 3-4 dias.

Hipoglicemia à Descobrir e tratar a causa; na ausênciade causa conhecida para hipo, diminuir a dose em 2-4 U ou 10 a 20%

Se a A1C não estiver controlada após pelo menos 3 meses de adesão terapêutica adequada, com mudança de estilo de vida e tentativa efetiva de manejo da insulinoterapia combinada considerar progredir para regime basal-bolus

Adicionar dose de insulina R antes de duas ou três refeições (basal-bolus)
Início: 4U, 0,1/kg, ou 10% da dose basal (NPH) – Se A1C for <8%, considerar a redução da basal pela mesma quantidade
Ajuste: Acompanhamento próximo com apoio da equipe multi. Aumentar de 1 ou 2 unidades por ajuste, a cada 3-4 dias.

Hipoglicemia à Descobrir e tratar a causa; na ausênciade causa conhecida para hipo, diminuir a dose em 2-4 U ou 10 a 20%

Após novos 3 meses de tentativa de manejo, considerar regime alternativo de controle via encaminhamento ao endocrinologista por diabetes de difícil controle.

PLANO DE CUIDADOS SINGULAR - INDIVIDUALIZAÇÃO DO TRATAMENTO
SUGESTÃO: PRIMEIRO RETORNO DE 1 A 3 MESES, DEPENDENDO DAS CONDIÇÕES CLÍNICAS E LABORATORIAIS AVALIADAS

Ajustar tratamento se as metas terapêuticas não forem alcançadas:
Glicemia (mg/dL) Jejum: <100 Pré-prandial: <130 Pós-prandial:<140
Hb A1C < 7,0% em adultos <8,0%, em idosos <8,5%, de 0 a 6 anos< 8,0%, de 6 a 12 anos<7,5%, de 13 a 19 anos

Fonte: Adaptado de (Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2022) e (SBD, 2017).

Nesse processo terapêutico, é fundamental que os controles dos resultados terapêuticos sejam monitorados pela glicemia capilar, devendo a quantidade de exames ser balizada pelo uso de insulina, mudança de esquema terapêutico, presença de infecção, cirurgia marcada e descompensação de quadro clínico.

A utilização do regramento das fitas de glicemia capilar pode ser visualizada no quadro a seguir.

Quadro 20 - Frequências sugeridas de testes de glicemia conforme a condição clínica do paciente

CONDIÇÃO CLÍNICA		**FREQUÊNCIA DE TESTES**	
NECESSIDADE MAIOR DE TESTES	• Início do tratamento. • Ajuste da dose do medicamento. • Mudança de medicação. • Estresse clínico e cirúrgico (infecções, cirurgias etc.). • Terapias com drogas diabetogênicas • (corticosteroides). • Episódios de hipoglicemia graves. • Hemoglobina Glicada elevada com glicemia de jejum normal.	**PERFIL GLICÊMICO:** 6 testes por dia, por 3 dias na semana, durante 2 semanas	• Testes pré-prandiais: antes do café da manhã, do almoço e do jantar. • Testes pós-prandiais: 2 horas após o café, do almoço e do jantar. • Testes adicionais para paciente do tipo 1 ou 2 usuário de insulina: - hora de dormir. - madrugada (3 horas da manhã).
NECESSIDADE MENOR DE TESTES	Condição clínica estável. Baixa variabilidade nos resultados dos testes, com A1C normal ou quase normal.	FREQUÊNCIA VARIÁVEL*	**Tipo 1 ou Tipo 2 usuário de insulina:** pelo menos 2 testes por dia em diferentes horários. • **Tipo 2:** pelo menos 2 testes por semana, em diferentes horários.

* De acordo com o grau de controle glicêmico. É recomendável o aconselhamento médico.

Fonte: (Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2022)

A partir da identificação de dislipidemia na avaliação do risco cardiovascular global de cada indivíduo, é fundamental o seu controle e manejo, a fim de reduzir os desfechos de morbimortalidade de cada pessoa.

Dessa forma, em relação ao perfil lipídico, os pacientes devem ser tratados de acordo com o risco apresentado, sendo categorizados com Risco Muito Alto, Risco Alto, Risco Intermediário e Risco Baixo, classificação obtida a partir da Diretriz Brasileira de Aterosclerose de 2017 (Quadro 21).

Quadro 21- Classificação do perfil lipídico

Risco	Sem estatinas	Com estatinas	
	Redução (%)	Meta LDL (mg/dL)	Meta de não HDL (mg/dL)
Muito Alto	>50	<50	<80
Alto	>50	<70	<100
Intermediário	30-50	<100	<130
Baixo	>30	<130	<160

Fonte: FALUDI (2017) Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose (2017).

A. Risco Muito Alto

Indivíduos que apresentem doença aterosclerótica significativa (coronária, cerebrovascular, vascular periférica, com ou sem eventos clínicos, ou obstrução ≥ 50% em qualquer território arterial).

B. Risco Alto

Portadores de aterosclerose na forma subclínica documentada por metodologia diagnóstica:

- Ultrassonografia de carótidas com presença de placa.
- Índice Tornozelo-Braquial (ITB) < 0,9.
- Escore de Cálcio Arterial Coronariano (CAC) > 100 ou a presença de placas ateroscleróticas na angiotomografia (angio-CT) de coronárias.
- Aneurisma de aorta abdominal.
- Doença renal crônica definida por Taxa de Filtração Glomerular (TFG) < 60 mL/min, e em fase não dialítica.
- Aqueles com concentrações de LDL-c ≥ 190 mg/dL.
- Presença de diabetes melito tipos 1 ou 2, e com LDL-c entre 70 e 189 mg/dL e presença de Estratificadores de Risco (ER) ou Doença Aterosclerótica Subclínica (DASC), definidos como:

- **ER:** idade ≥ 48 anos no homem e ≥ 54 anos na mulher; tempo de diagnóstico do diabetes > 10 anos; história familiar de parente de primeiro grau com DCV prematura (< 55 anos para homens e < 65 anos para mulher); tabagismo (pelo menos um cigarro no último mês); hipertensão arterial sistêmica; síndrome metabólica, de acordo com a International Diabetes Federation; presença de albuminúria > 30 mg/g de creatinina e/ou retinopatia; TFG < 60 mL/min.
- **DASC:** Ultrassonografia de carótidas com presença de placa > 1,5 mm; ITB < 0,9; escore de CAC > 10; presença de placas ateroscleróticas na angio-CT de coronárias; pacientes com LDL-c entre 70 e 189 mg/dL, do sexo masculino, com risco calculado pelo ERG > 20%, e nas mulheres > 10%.

C. Risco Intermediário

Indivíduos com ERG entre 5 e 20% no sexo masculino e entre 5 e 10% no sexo feminino ou, ainda, os diabéticos sem os critérios de DASC ou ER listados anteriormente.

D. Risco Baixo

Pacientes do sexo masculino e feminino com risco em 10 anos < 5%, calculado pelo ERG.

Quadro 22 - Indicação medicamentosa e meta terapêutica

	Baixa	**Moderada**	**Alta**
Redução de LDL-c esperada com dose diária %	<30	30 < 50	≥50
Exemplos de doses diárias em mg	Lovastatina 20 Sinvastatina 10 Pravastatina 10-20 Fluvastatina 20-40 Pitavastatina 1	Lovastatina 40 Sinvastatina 20-40 Pravastatina 40-80 Fluvastatina 80 Pitavastatina 2-4 Atorvastatina 10-20 Rosuvastatina 5-10	Atorvastatina 40-80 Rosuvastatina 20-40 Sinvastatina 40 Iezetimiba 10

LDL-c: Colesterol da lipoproteína de baixa densidade.

Fonte: FALUDI (2017) Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose (2017).

As drogas preconizadas disponíveis na Atenção Primária são Sinvastatina e a Atorvastatina, as demais são prescritas em ambulatórios de especialidades.

Exames complementares para seguimento da pessoa com hipertensão e/ou diabetes

Figura 17 - Exames complementares de seguimento do paciente com HAS e DM

Urina Tipo I
- Rotina

Potássio sérico

Rotina

Glicemia de Jejum

Rotina

Ácido Úrico
- Rotina

Ecocardiograma
- Presença de HVE ao ECG ou suspeita clínica de Insuficiência cardíaca
- Bienal

Albuminúria
- Pacientes hipertensos diabéticos, com síndrome metabólica ou com dois ou mais fatores de risco
- Bianual

Hemoglobina glicada
- Paciente com pré-diabetes, história familiar de diabetes e obesidade
- Anual

Creatinina Sérica e Clearance de creatinina
- Todos os pacientes
- Anual

Perfil Lipídico
- Todos os pacientes
- Anual

US renal ou com doppler
- Paciente com massa abdominal ou sopro abdominal
- Bienal

US de Carótidas
- Presença de sopro carotídeo, presença de doença cerebrovascular, presença de doença aterosclerótica em outros territórios
- Bienal

Ressonância Magnética cerebral
- Pacientes com distúrbios cognitivos e demência
- Bienal

ECG
- Todos os pacientes
- Início do tratamento e bienal

Fundo de olho
- Pacientes com diabetes ou hipertensão arterial grau III
- Trienal

Meta terapêutica

É fundamental para o acompanhamento adequado da pessoa com hipertensão arterial a determinação de objetivos em sua avaliação clínica e laboratorial.

Do ponto de vista da avaliação dos resultados, é muito importante avaliar se os pacientes estão atingindo as metas terapêuticas preconizadas que os protejam de desfechos desfavoráveis e lesões de órgão alvos nobres. Essas metas, segundo Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020, são para os níveis pressóricos:

Figura 18 - Metas terapêuticas no manejo da HAS

Hipertensão com risco cardiovascular baixo ou médio	Hipertensão estágio I ou II com risco cardiovascular alto
PA ≤140 x 90mmHg	PA ≤130 x 80mmHg

PAD = evitar < 65-70 mmHg em portadores de DAC clinicamente manifesta.

Fonte: Adaptado de (Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020, 2021).

Salientamos que para pessoas idosas≥ 60 anos, a recomendação de metas deve considerar a sua condição global (hígidos ou frágeis). Nesse, público as metas são singularizadas, considerando-se a qualidade de vida do paciente, o risco de quedas, a fragilidade, a independência e a presença de comorbidades (Quadro 23).

Quadro 23 - Metas de tratamento para idosos considerando a condição global e a medida da pressão arterial no consultório

	PAS de consultório		PAD de consultório	
Condição global [1]	Limiar de tratamento	Meta pressórica [4,5]	Limiar de tratamento	Meta [8]
Hígidos [2]	≥140 (I, A)	130-139 (I, A) 6	≥90	70-79
Idosos frágeis [3]	≥160 (I, C)	140-149 (I, C) [7]	≥90	70-79

1: mais importante a condição funcional que idade cronológica; 2: incluindo fragilidade leve; 3: fragilidade moderada a severa; 4: incluindo idosos com comorbidades: DM, DAC, DRC, ACV/EIT (não se refere à fase aguda); 5: avaliar ativamente a tolerabilidade, inclusive possíveis sintomas atípicos; 6: uma meta mais rígida (125-135 mmHg) pode ser obtida em casos selecionados, especialmente em idosos motivados, com < 80 anos, apresentando ótima tolerabilidade ao tratamento; 7: limites mais elevados em caso de sobrevida limitada e ausência de sintomas. A redução da PA deve ser gradual; 8: PAD = evitar < 65-70 mmHg em portadores de DAC clinicamente manifesta.

Fonte: (Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020, 2021).

Antes da avaliação do valor da glicemia, deverão ser considerados os fatores de risco presentes, o comportamento de órgãos-alvo e comorbidades existentes. É importante considerar o usuário na sua integralidade, não focando somente no diabetes.

O portador de diabetes não controlado deverá passar por consulta médica e de enfermagem, e a periodicidade depende da avaliação individual.

Para pacientes com diabetes, as metas terapêuticas são:

Figura 19 - Metas individualizadas em diversas situações no Diabetes

	Pacientes DM1 ou DM2	Idoso Saudável*	Idoso Comprometido*	Idoso Muito Comprometido*	Criança e adolescente
HbA1c %	<7,0	<7,5	<8,5	Evitar sintomas de hiper ou hipoglicemia	<7,0
Glicemia de Jejum e Pré Prandial	80-130	80-130	90-150	100-180	70-130
Glicemia 2h Pós-Prandial	<180	<180	<180	-	<180
Glicemia ao deitar	90-150	90-150	100-180	110-200	90-150
TIR 70-180 mg/dL	>70%	> 70%	>50%	-	> 70%
T Hipog <70 mg/dL	<4%	<4%	<1%	0	<4%
T Hipog <54 mg/dL	<1%	<1%	0	0	<1%

Valores normais de glicemia de jejum para adultos não gestantes: 70-99mg/dL. Valores normais de HbA1c para adultos não gestantes < 5,7%; *Ver Figura 19. TIR: Tempo no alvo (“*Time in Range*”); T Hipog: Tempo em hipoglicemia.

Fonte: (Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2022).

A Figura 20 representa conceitos genéricos. Nem todo o paciente pode estar claramente inserido em uma categoria. As comorbidades crônicas consideradas incluem: câncer, artrite reumatoide, insuficiência cardíaca congestiva, depressão grave, enfisema, doença de Parkinson, infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral, insuficiência renal crônica classe III ou pior. Por doença terminal, entende-se câncer metastático, insuficiência cardíaca classes 4-5, doença pulmonar crônica demandando oxigenioterapia, pacientes em diálise.

Figura 20 – Categorização do idoso para meta terapêutica no Diabetes

IDOSO		
Saudável	**Comprometido**	**Muito Comprometido**
Poucas comorbidades crônicas Estado funcional preservado Estado cognitivo preservado	Múltiplas comorbidades crônicas Comprometimento funcional leve a moderado Comprometimento cognitivo moderado	Doença terminal Comprometimento funcional grave Comprometimento cognitivo grave

Fonte: (Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2022).

Proposta de plano de acompanhamento dos pacientes hipertensos e diabéticos segundo risco

A atenção primária lida com situações e problemas de saúde de grande variabilidade. Tal complexidade se caracteriza pela exigência de se considerarem, a todo tempo e de acordo com cada situação, as dimensões orgânica, subjetiva e social do processo de saúde, doença e cuidado, para que as ações possam ter efetividade.

Considerando essa problematização, a organização das agendas dos profissionais nas Unidades Básicas de Saúde é de extrema importância, pois elas garantem um melhor acesso aos usuários, propiciando uma análise da criticidade que respeite os princípios do SUS.

A Classificação de Risco Cardiovascular proporciona estabelecer e classificar os riscos dos hipertensos e diabéticos, facilitando o processo de organização da equipe em avaliar as necessidades de acompanhamento em consultas e demais atividades, visando a uma assistência qualificada e atendimento longitudinal.

Pensando nos atributos da atenção primária - acesso, integralidade, longitudinalidade e gestão do cuidado -, é crucial estabelecermos uma análise local nos serviços de saúde para construção de um modelo de agenda que contemple as necessidades de acesso e cuidado. Para tanto, existem diversas propostas de construção de modelos de agendas, sendo os citados abaixo os mais utilizados na atenção básica de saúde.

Dessa forma, o plano singular de cuidados estabelecido para cada paciente hipertenso e/ou diabético deve estar alinhado ao risco cardiovascular estratificado, permitindo que a unidade, segundo o princípio da equidade, possa entregar maior densidade de cuidados aos que mais precisam. Sendo assim, preconiza-se uma proposta de densidade de cuidados conforme a Figura 21 e Figura 22 e Fluxogramas:

FIGURA 21- Síntese de ofertas em UBS com ESF para elaboração de plano de cuidados para o paciente hipertenso e diabético

Pacientes Hipertensos classificados em Risco Baixo:

- Deverão ser garantidas minimamente 02 consultas ao ano, sendo 01 consulta médica, não incluidos os retornos breves, e 01 consulta de enfermagem, intercaladas com oferta de participação no Curso Sob Controle e grupos de promoção à saúde.
- Os pacientes inseridos no Programa Remédio em Casa mantêm o acompanhamento proposto pela SMS-SP no que diz respeito a sua periodicidade de retornos, sendo que a abordagem poderá ser individual ou coletiva.

Pacientes Hipertensos e/ou Pré-diabéticos classificados em Risco Médio:

- Deverão ser garantidas idealmente 02 consultas e no mínimo 01 consulta médica no ano, não incluídos os retornos breves, preferencialmente com periodicidade semestral, sendo sugerida uma consulta de enfermagem no ano, com oferta de participação no Curso Sob Controle e grupos de promoção à saúde.

Pacientes Hipertensos e/ou Diabéticos classificados em Risco Alto:

- Deverão ser garantidas no mínimo 02 consultas médicas, não incluídos os retornos breves, e uma consulta de enfermagem, sendo sugerida a oferta de consultas farmacêuticas a critério da equipe no ano, com oferta de no Curso Sob Controle e grupos de promoção à saúde.

Pacientes Hipertensos e/ou Diabéticos classificados em Risco Alto com doença cardiovascular ou renal:

- Constituem prioridade de atenção, pois consistem em pacientes com alto potencial de agravamento de seu quadro de saúde, com risco aumentado de eventos adversos graves que resultem em óbito ou internação com sequelas.
- Deverão ser garantidas minimamente 04 consultas médicas ao ano, com periodicidade trimestral sugerida (ou mais), conforme avaliação médica. Além disso, deverão ser garantidas duas consultas de enfermagem em caráter complementar, não substitutivas às consultas médicas, além de consultas farmacêuticas com periodicidade segundo plano singularizado de cuidados, no mínimo 2 vezes por ano.
- Nesses casos, o acompanhamento realizado pelo Enfermeiro deverá ocorrer, sempre que possível, por meio de visitas domiciliares e/ou atividades em grupos educativos, devidamente registrados no prontuário.
- Deve constar no plano de cuidados oferta de participação no Curso Sob Controle e grupos de promoção à saúde.

Operacionalização do Seguimento da pessoa com a HAS/DM na UBS com ESF

Temos: a agenda tradicional, em que todas as vagas dos profissionais médicos e enfermeiros da UBS são ocupadas anteriormente; o modelo de sistemas de vagas, em que a grande parte das consultas é agendada, e outra parte é deixada para vagas de atendimento do dia; e o acesso avançado, em que cerca de 75% das vagas de atendimento são ocupadas no mesmo dia.

O exemplo abaixo possui dados de uma Unidade Básica de Saúde com Estratégia de Saúde da Família, onde foi realizada a estratificação de 100% dos hipertensos e diabéticos, a fim de que eles fossem inseridos na agenda para o cuidado longitudinal, conforme fluxo da Proposta de Seguimento da pessoa com a HAS/DM na UBS com ESF:

Uma Unidade Básica de Saúde, com 7 equipes de Estratégia de Saúde da Família, tem em seu perfil epidemiológico 3528 hipertensos e diabéticos, 250 menores de 1 ano, 370 menores de 2 anos, 120 gestantes e 7 usuários com tuberculose.

Foram realizadas as estratificações de risco de 100% dos hipertensos e diabéticos do território, com os seguintes resultados:

- Risco baixo: 566 usuários (16%)
- Risco moderado: 740 usuários (21%)
- Risco alto: 1975 (56%)
- Risco alto com doença Cardiovascular ou Renal Estabelecida: 247 (7%)

De acordo com a Proposta de Seguimento da pessoa com HAS/DM na UBS com ESF, foi realizada a avaliação da quantidade necessária de vagas anuais e mensais (quantidade de vagas anuais dividida por 11 [meses de trabalho dos profissionais no ano]) para a organização da agenda dos médicos da equipe.

Tabela 1 – Proposta de Agenda Médica para Seguimento da pessoa com HAS/DM na UBS com ESF

Risco	Vagas/Ano	Vagas/Mês
Risco baixo	566	52
Risco moderado	1480*	135
Risco alto	3950*	360
Risco alto com doença Cardiovascular ou Renal Estabelecida	988**	90
TOTAL:	6984	637

* Para risco moderado e alto, é necessário multiplicar por dois o número de usuários com os riscos mencionados.

** Para risco alto com doença cardiovascular ou renal estabelecida, multiplica-se por quatro o número de usuários com os riscos mencionados.

Fonte: Elaborado pelo Autor.

Após a avaliação, o quantitativo mensal foi dividido por sete (quantidade de equipes da unidade), com o resultado de 91 vagas por mês para cada médico.

Quando realizado o cálculo das demais prioridades, identificou-se uma necessidade de 137 vagas/mês para todas as prioridades listadas no perfil epidemiológico da unidade.

A mesma avaliação é realizada na agenda do enfermeiro, seguindo a Proposta de Seguimento da pessoa com HAS/DM na UBS com ESF (Tabela 2):

Tabela 2 - Proposta de Agenda do Enfermeiro para Seguimento da pessoa com HAS/DM na UBS com ESF

Risco	Vagas/Ano	Vagas/Mês
Risco baixo	566	52
Risco moderado	740	68
Risco alto	1975	180
Risco alto com doença Cardiovascular ou Renal Estabelecida	494*	45
TOTAL:	3775	345

* Para risco alto com doença cardiovascular ou renal estabelecida, multiplica-se por dois o número de usuários com os riscos mencionados.

Fonte: Elaborado pelo Autor.

Após a avaliação, o quantitativo mensal foi dividido por sete (quantidade de equipes da unidade), com o resultado de 32 vagas por mês para cada enfermeiro.

Quando realizado o cálculo das demais prioridades, identificou-se uma necessidade de 78 vagas/mês para todas as prioridades listadas no perfil epidemiológico da unidade.

Os cálculos realizados dividiram as prioridades igualmente para cada equipe, tornando o exemplo mais didático, facilitando a compreensão, porém sabemos que nas unidades o perfil epidemiológico muda de acordo com o território, sendo necessário realizar o cálculo por equipe.

Figura 22 - Síntese de ofertas em UBS com EAB para elaboração de plano de cuidados para o paciente hipertenso e diabético

Pacientes Hipertensos classificados em **Risco Baixo:**

- Deverá ser garantida 01 consulta médica anual, sendo facultadas à unidade de acordo com quadro singular de cada paciente a oferta de consulta de enfermagem e oferta de participação no Curso Sob Controle e grupos de promoção à saúde.
- Os pacientes inseridos no Programa Remédio em Casa mantêm o acompanhamento proposto pela SMS-SP no que diz respeito à sua periodicidade de retornos, sendo que a abordagem poderá ser individual ou coletiva.

Pacientes Hipertensos e/ou Pré-diabéticos classificados em **Risco Médio:**

- Deverão ser garantidas idealmente 02 consultas médicas no ano, preferencialmente com periodicidade semestral, sendo obrigatoriamente uma delas individual. Sugere-se uma consulta de enfermagem no ano, com oferta do Curso Sob Controle e grupos de promoção à saúde.

Pacientes Hipertensos e/ou Diabéticos classificados em **Risco Alto:**

- Deverão ser garantidas, no mínimo, 02 consultas médicas, de periodicidade semestral, não incluídos os retornos breves, e uma consulta de enfermagem. Sugere-se a oferta de consulta farmacêutica a critério da equipe, com de participação no Curso Sob Controle e grupos de promoção à saúde.

Pacientes Hipertensos e/ou Diabéticos classificados em **Risco Alto com doença cardiovascular ou renal:**

- Constituem prioridade de atenção, pois consistem em pacientes com alto potencial de agravamento de seu quadro de saúde, com risco aumentado de eventos adversos graves que resultem em óbito ou internação com sequelas.
- Deverão ser garantidas, minimamente, 04 consultas médicas ao ano, com periodicidade trimestral sugerida (ou mais), não incluindo as de retorno breve, conforme avaliação médica. Além disso, deverão ser garantidas duas consultas de enfermagem em caráter complementar, não substitutivas às consultas médicas.
- Nesses casos, o acompanhamento realizado pelo Enfermeiro deverá ocorrer, sempre que possível, por meio de visitas domiciliares e/ou atividades em grupos educativos, devidamente registrados no prontuário.
- Deve constar no plano de cuidados consultas farmacêuticas em número a critério da equipe, com oferta de participação no Curso Sob Controle e grupos de promoção à saúde.

Considera-se que na Atenção Primária à Saúde, o enfoque do tratamento da Hipertensão Arterial e da Diabetes Melitos está baseado no acompanhamento sistematizado, multidisciplinar e integral, com condutas baseadas em evidências, diagnósticos diferenciais e tratamentos, incluindo a criação de grupos terapêuticos ou educativos e outras estratégias de clínica ampliada. Os protocolos municipais associados devem ser base da construção e complementares a este documento.

Figura 23 - Fluxogramas de acompanhamento dos pacientes hipertensos e diabéticos segundo risco

continua...

Figura 23 - Fluxogramas de acompanhamento dos pacientes hipertensos e diabéticos segundo risco

continuação...

Proposta de Seguimento da pessoa com HAS/DM na UBS com ESF

B → Consulta Enfermagem
- Exames iniciais
- Avaliar dos fatores de risco
- Orientar mudança de estilo de vida

Consulta Médica
- Avaliar dos exames iniciais
- Estratificar do risco cardiovascular
- Avaliar necessidade de exames complementares
- Orientar mudança de estilo de vida
- Avaliar adesão e adequação terapêutica
- Avaliar necessidade de encaminhamento para especialista
- Se condição de Polifarmácia encaminhar para consulta Farmacêutica
- NOTA: Avaliar o monitoramento glicêmico para o paciente diabético

Sugere-se que a Estratificação do Risco Cardiovascular seja realizado em até 2 anos, ou em mudança terapêutica que impliquem na alteração da densidade de cuidado.

Qual Risco Identificado?

Baixo
- Consulta de enfermagem Anual
- Consulta Médica Anual[1]
- Grupo Multiprofissional SOB CONTROLE[3]

Moderado
- Consulta Médica[2] Semestral intercalada com consulta de enfermagem ou grupo
- Consulta de Enfermagem Anual
- Grupo Multiprofissional SOB CONTROLE[3]

Alto

SEM doença Cardiovascular ou Renal Estabelecida
- Consulta Médica[2] Semestral
- Consulta de enfermagem semestral (caráter complementar, não substitui consulta médica)
- Consulta farmacêutica (periodicidade segundo plano de cuidado)
- Grupo Multiprofissional SOB CONTROLE[3]

COM doença Cardiovascular ou Renal Estabelecida
- Consulta Médica[2] Trimestral
- Consulta de enfermagem semestral (carater complementar, não substitui consulta médica)
- Consulta farmacêutica (periodicidade segundo plano de cuidado)
- Grupo Multiprofissional SOB CONTROLE[3]

GRUPOS DE PROMOÇÃO À SAÚDE
VIVER BEM

[1] Prescrições somente com anti-hipertensivos são válidas por 1 ano

[2] Obrigatoriamente o usuário deverá ser atendido em consulta médica individual.

[3] A oferta/ indicação nos grupos multiprofissionais deve ser singularizada no projeto terapêutico a critério da equipe.

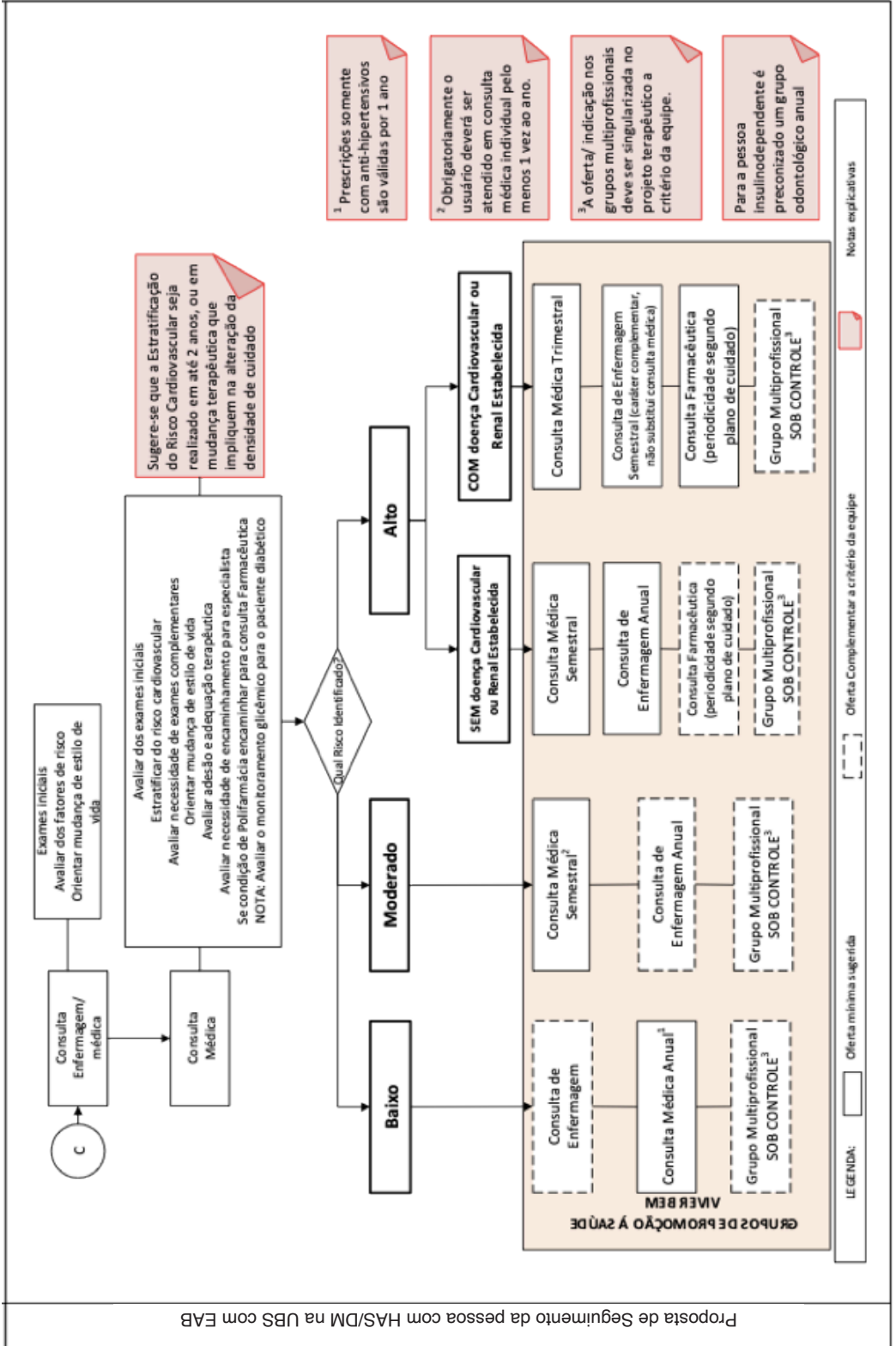
Para a pessoa insulinodependente é preconizado um grupo odontológico anual

Toda pessoa com diagnóstico de **Diabetes Melito (DM)** é de Alto Risco, porém as pessoas com DM Tipo II e normotensas serão acompanhadas como Risco Moderado

LEGENDA: Oferta mínima sugerida | Notas explicativas

continua...

Figura 23 - Fluxogramas de acompanhamento dos pacientes hipertensos e diabéticos segundo risco

continuação...

Monitoramento e Avaliação

O processo de trabalho deve ser monitorado para o alcance dos melhores resultados, através de indicadores que retratem a qualidade da gestão do cuidado da equipe multiprofissional. Devem ser avaliados e debatidos mensalmente junto aos profissionais envolvidos na assistência, para que os números tragam a sensação de pertencimento e não mais uma cobrança burocrática.

Para isso, os indicadores de acompanhamento dos trabalhos do Time Sob Controle estão listados abaixo:

Indicadores do Time Sob Controle

% Pacientes hipertensos / total de cadastrados
% Pacientes diabéticos / total de cadastrados
% Pacientes estratificados / cadastrados
% Pacientes estratificados segundo risco
% Pacientes com estratificação superior a 24 meses
% Pacientes hipertensos na meta terapêutica
% Pacientes diabéticos na meta terapêutica
% Pacientes diabéticos com pés avaliados no ano
% Pacientes diabéticos avaliados segundo classificação de risco do pé diabético
% de Pacientes com Laudo AMG com data de realização igual ou superior a 90 dias
% Pacientes com Plano de Cuidados Adequado sugerido neste Manual

Sistema Crônicos

O Time Sob Controle tem avançado com uma prática humanizada que leva em consideração o método clínico centrado na pessoa, as melhores e mais atuais evidências do cuidado a partir das Sociedades de Cardiologia, Hipertensão, Diabetes e Dislipidemia.

O grande objetivo é transformar a cultura da assistência das condições crônicas em uma prática de gestão do cuidado alicerçada na multiprofissionalidade e longitudinalidade expressas nos indicadores.

A Atenção Primária a Saúde Santa Marcelina realiza, por meio de contrato de gestão com a Prefeitura de São Paulo, o acompanhamento dos serviços de saúde em cinco territórios na Zona Leste da capital (Guaianases, Itaim Paulista, Itaquera, São Miguel e Cidade Tiradentes).

Mediante a densidade populacional do município de São Paulo e o grande desafio de monitorar os usuários hipertensos e diabéticos, a APS Santa Marcelina desenvolveu um sistema para o acompanhamento longitudinal dessa linha de cuidado, por meio do qual são imputadas as seguintes informações: dados cadastrais, diagnóstico, estratificação de risco, avaliação do pé diabético e assistências realizadas.

Esse Sistema Crônicos é uma ferramenta para esta gestão, que indica a população cadastrada a ser cuidada, pacientes estratificados (finalizados e em andamento) e os riscos, pacientes que necessitam ser estratificados, o nível de cuidado necessário, a qualidade e quantidade de intervenções prestadas dialogando com os princípios da Atenção Primária de acesso, longitudinalidade, coordenação do cuidado e integralidade.

Os lançamentos dos dados são consolidados em um painel informativo (Figura 20) que permite às equipes a possibilidade de uma análise do perfil epidemiológico territorial, e subsidiam intervenções de um cuidado mais assertivo. Ressalta-se que, pela dinâmica desse cuidado, essa ferramenta necessita ser aperfeiçoada e monitorada continuamente.

O Sistema Crônicos foi implantado em 2018 nos serviços de saúde EAB e ESF e atualmente possui 239.593 usuários cadastrados; desses, 108.705 (45,3%) estratificados e 78.423 (32,73%) em processo de estratificação.

Figura 24 – BI Sistema Crônicos das Regiões da Zona Leste São Paulo sob contrato OSS Santa Marcelina

Fonte: Sistema Crônicos.

Como resultado do processo de estratificação de risco cardiovascular, identificamos que:

- 49,9% dos usuários estão classificados como Alto Risco sem Lesão Cardiovascular e Renal.
- 20,46% dos usuários estão classificados como Médio Risco.
- 16,01% dos usuários estão classificados como Baixo Risco.
- 13,6% dos usuários estão classificados como Alto Risco com Lesão Cardiovascular e Renal.

Seguem abaixo as análises dos dados por territórios acompanhadas pelos serviços da APS Santa Marcelina:

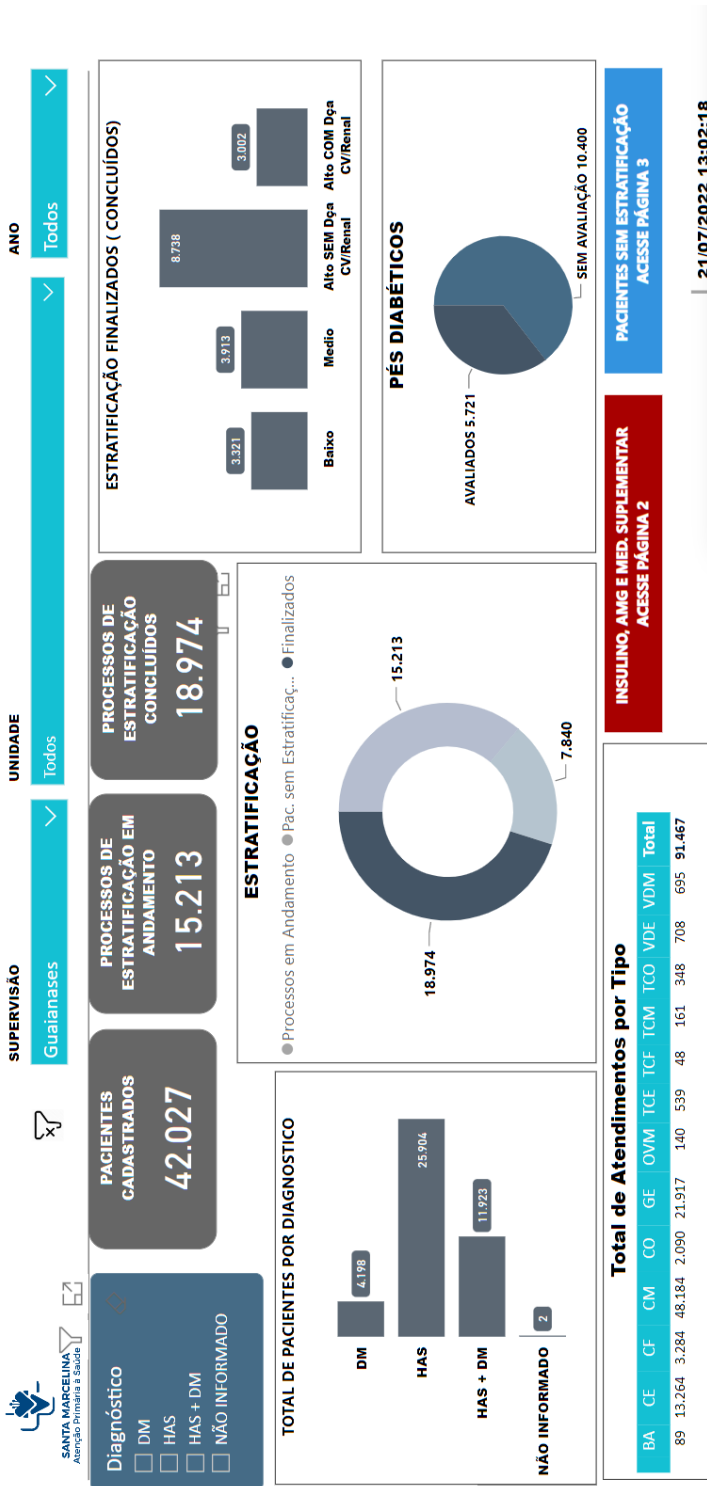
Guaianases

No território de Guaianases, contamos com quatorze serviços de saúde na modalidade EAB e ESF, que realizaram 42.027 cadastros de usuários, sendo 18.974 (45,1%) estratificações concluídas e 15.213 (36,1%) em processo de estratificação.

Como resultado do processo de estratificação de risco cardiovascular, identificamos que:

- 15,82% dos usuários estão classificados como Alto Risco com Lesão Cardiovascular e Renal.
- 46,05% dos usuários estão classificados como Alto Risco sem Lesão Cardiovascular e Renal.
- 20,62% dos usuários estão classificados como Médio Risco.
- 17,50% dos usuários estão classificados como Baixo Risco.

Figura 25 – BI Sistema Crônicos: Região Guaianases

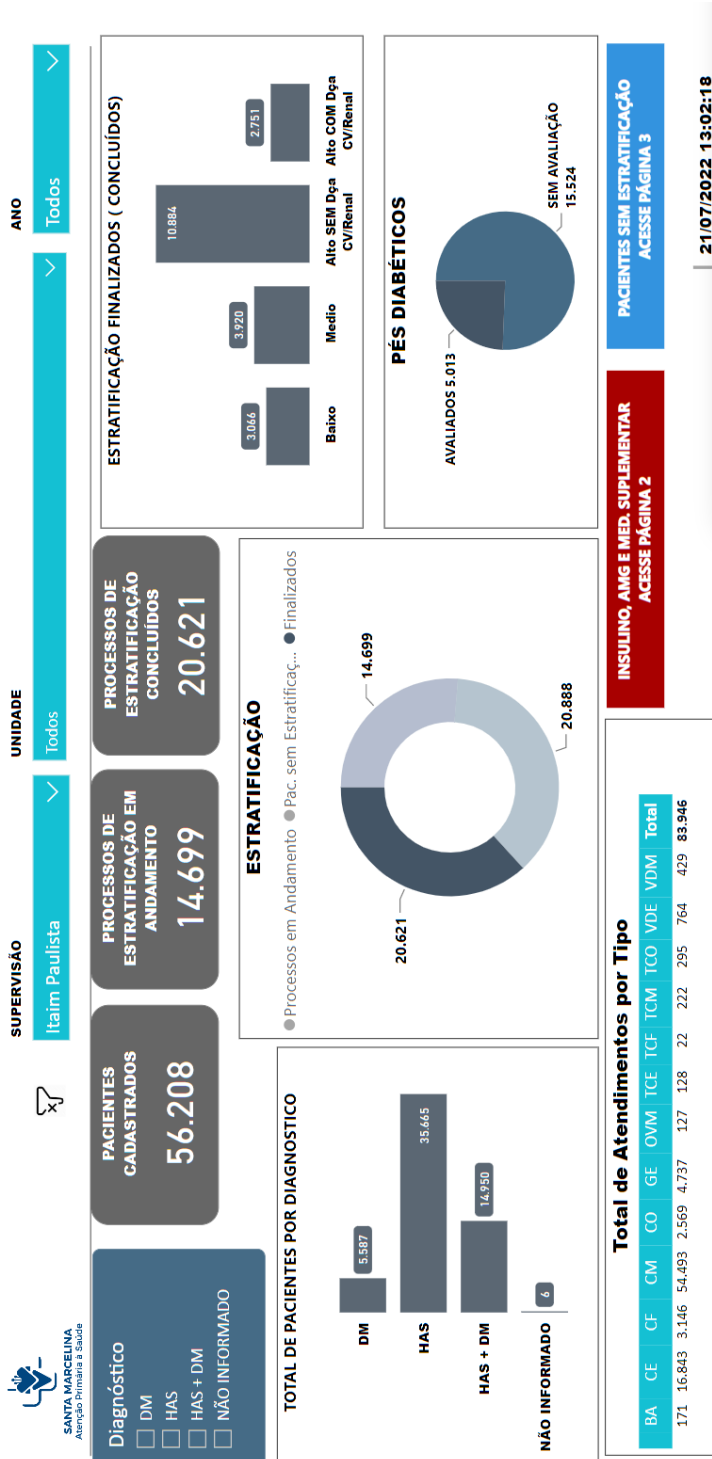
BA	CE	CF	CM	CO	GE	OVM	TCE	TCF	TCM	TCO	VDE	VDM	Total
89	13.264	3.284	48.184	2.090	21.917	140	539	48	161	348	708	695	91.467

Fonte: Sistema Crônicos.

Itaim Paulista

No território de Itaim Paulista, contamos com quinze serviços de saúde na modalidade EAB e ESF, que realizaram 56.208 cadastros de usuários, sendo 20.621 (36,6%) estratificações concluídas e 14.699 (26,15%) em processo de estratificação.

Como resultado do processo de estratificação de risco cardiovascular, identificamos que:

- 13,34% dos usuários estão classificados como Alto Risco com Lesão Cardiovascular e Renal.
- 52,78% dos usuários estão classificados como Alto Risco sem Lesão Cardiovascular e Renal.
- 19,01% dos usuários estão classificados como Médio Risco.
- 14,87% dos usuários estão classificados como Baixo Risco.

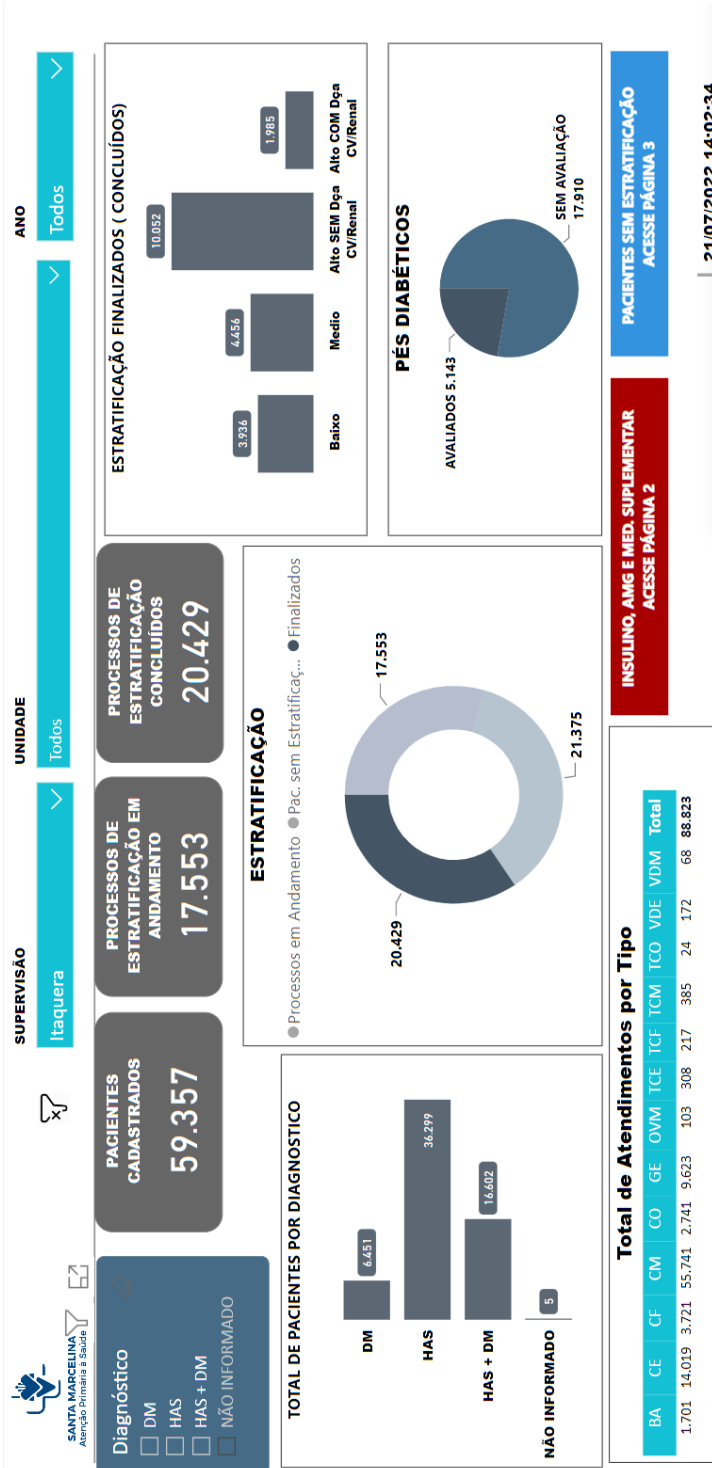
Figura 26 – BI Sistema Crônicos: Região Itaim Paulista

Fonte: Sistema Crônicos.

Itaquera

No território de Itaquera, contamos com vinte serviços de saúde na modalidade EAB e ESF, que realizaram 59.357 cadastros de usuários, sendo 20.429 (34,4%) estratificações concluídas e 17.553 (29,5%) em processo de estratificação.

Como resultado do processo de estratificação de risco cardiovascular, identificamos que:

- 9,72% dos usuários estão classificados como Alto Risco com Lesão Cardiovascular e Renal.
- 49,20% dos usuários estão classificados como Alto Risco sem Lesão Cardiovascular e Renal.
- 21,81% dos usuários estão classificados como Médio Risco.
- 19,27% dos usuários estão classificados como Baixo Risco.

Figura 27 – BI Sistema Crônicos: Região Itaquera

Fonte: Sistema Crônicos.

São Miguel

No território de São Miguel Paulista, contamos com dezesseis serviços de saúde na modalidade EAB e ESF, que realizaram 48.985 cadastros de usuários, sendo 20.311 (41,4%) estratificações concluídas e 12.780 (26,08%) em processo de estratificação.

Como resultado do processo de estratificação de risco cardiovascular, identificamos que:

- 11,65% dos usuários estão classificados como Alto Risco com Lesão Cardiovascular e Renal.
- 53,85% dos usuários estão classificados como Alto Risco sem Lesão Cardiovascular e Renal.
- 19,19% dos usuários estão classificados como Médio Risco.
- 15,31% dos usuários estão classificados como Baixo Risco.

Figura 28 – BI Sistema Crônicos: Região São Miguel

Fonte: Sistema Crônicos.

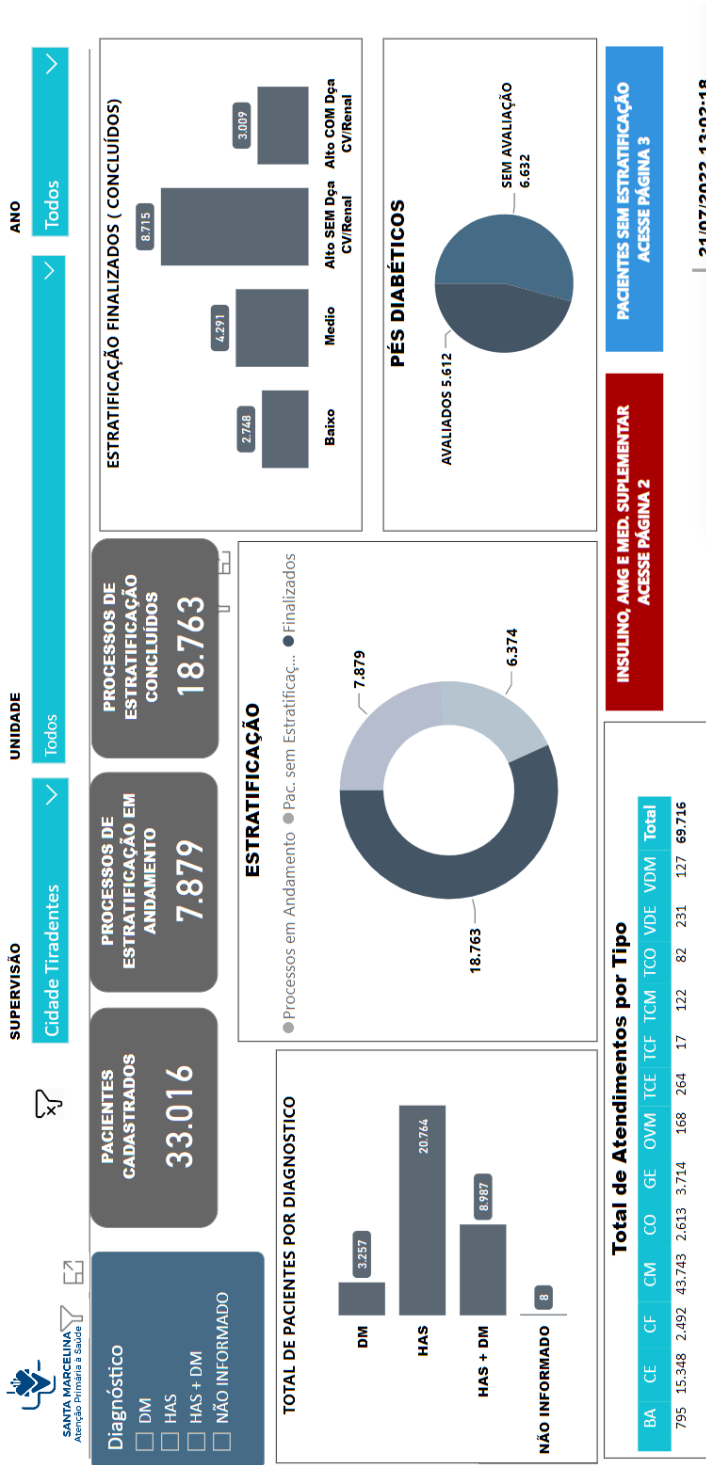
Cidade Tiradentes

No território de Cidade Tiradentes, contamos com treze serviços de saúde na modalidade EAB e ESF, que realizaram 33.016 cadastros de usuários, sendo 18.763 (56,8%) estratificações concluídas e 7.879 (23,8%) em processo de estratificação.

Como resultado do processo de estratificação de risco cardiovascular, identificamos que:

- 16,04% dos usuários estão classificados como Alto Risco com Lesão Cardiovascular e Renal.
- 46,45% dos usuários estão classificados como Alto Risco sem Lesão Cardiovascular e Renal.
- 22,87% dos usuários estão classificados como Médio Risco.
- 14,65% dos usuários estão classificados como Baixo Risco.

Conforme os dados apresentados, é possível visualizar que 62,5% dos usuários hipertensos e diabéticos dos territórios analisados apresentam um alto risco de maiores complicações, qualidade de vida comprometida e mortalidade precoce, evidenciando a necessidade de organização do acesso a esses usuários e gestão do cuidado pelas equipes de saúde.

Figura 29 – BI Sistema Crônicos: Região Cidade Tiradentes

Fonte: Sistema Crônicos.

RELATO DE EXPERIÊNCIA DO TIME SOB CONTROLE – UBS CIDADE TIRADENTES – LUÍS MARANHÃO

INTRODUÇÃO

O time local composto por farmacêutico, escriturário administrativo, enfermeiro, nutricionista, médico, assistente social e dentista, através dos grupos AMG e Estratificação, desenvolve ações destinadas aos pacientes hipertensos e diabéticos, visando estabelecer o cuidado compartilhado entre os profissionais de saúde e os pacientes, alcance das metas terapêuticas estabelecidas e consequentemente, melhora na qualidade de vida dos pacientes crônicos.

No grupo AMG, o farmacêutico, nutricionista, enfermeiro, dentista e assistente social, realiza educação em saúde voltada aos diabéticos, avaliação do pé, triagem odontológica, aplicação do AMPI, orientação sobre a importância da consulta com a equipe multidisciplinar, da realização dos exames laboratoriais de monitoramento do diabetes e do automonitoramento glicêmico. Além disso, entrega-se uma filipeta para o paciente agendar consulta com o farmacêutico, nutricionista, assistente social e enfermeiro, a depender da necessidade dele.

No grupo de estratificação, o farmacêutico, nutricionista, enfermeiro, dentista, médico e assistente social, através de um circuito disposto em estações, realiza educação em saúde voltada aos pacientes hipertensos e diabéticos, solicitação de exames para estratificação de risco cardiovascular, aferição da Pressão arterial, circunferência abdominal, peso, altura, avaliação do pé diabético, triagem odontológica e aplicação do AMPI. Ademais, entrega-se diário para monitoramento da pressão arterial e o cartão de acompanhamento com as datas das consultas com a equipe multidisciplinar e retorno ao grupo para conclusão da estratificação de risco.

OBJETIVO

Apresentar a experiência da equipe de farmácia, que contribuiu para fortalecimento do Time Sob Controle Local.

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

Em janeiro, os grupos AMG e estratificação retomaram suas atividades e consequentemente, a avaliação do pé diabético voltou a ser desenvolvida. Porém, no final de fevereiro, devido alta nos casos de Covid 19, os grupos pararam suas atividades novamente.

Tendo em vista, a importância da prevenção de amputação de membros inferiores decorrentes da diabetes, através da avaliação do pé, a farmacêutica desenvolveu uma filipeta "agendamento de avaliação do pé diabético" para os usuários que compareciam na farmácia para retirada de insumos e medicamentos, ofertando a continuidade do cuidado aos pacientes insulinodependentes do grupo AMG local.

Com a retomada dos grupos, em meados de maio/22, a farmácia continuou entregando a filipeta de agendamento, porém com o objetivo de sensibilizar e alcançar os pacientes diabéticos não insulinodependentes, considerando que estes comparecem à farmácia mensalmente para retirada de seus medicamentos e que na maioria das vezes não sabem a importância desta prevenção.

AVALIAÇÃO: PÉ DIABÉTICO
PROFISSIONAL: ENFERMEIRA
OBS: AGENDAR NA RECEPÇÃO

RESULTADOS ALCANÇADOS

Através desta ação, mesmo com o desfalque de profissionais, a quantidade de avaliação aumentou consideravelmente. Em três meses foram realizadas 66 avaliações, destas 11 foram de pacientes não insulinodependentes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por fim, concluiu-se que nos diversos setores da UBS é possível realizar educação em saúde. Uma ação simples pode contribuir para melhora da qualidade de vida dos pacientes crônicos.

RELATO DE EXPERIÊNCIA DO TIME SOB CONTROLE UBS JD SANTA MARIA

INTRODUÇAO

No Brasil, a queda da mortalidade e o aumento da expectativa de vida têm resultado no envelhecimento da população e no aumento das taxas Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).

A ESF foi implantada, no Brasil, para proporcionar a junção dos olhares de várias categorias profissionais, favorecendo a interdisciplinaridade , o que interfere positivamente na qualidade de assistência ao usuário, oferecendo à população um atendimento destinado à promoção, proteção e recuperação da saúde, em nível de atenção primária.

É conhecido que muitas enfermidades apresentam manifestações bucais aumentando o risco de agravo de algumas condições sistêmicas. O cirurgião dentista, faz parte da equipe que compõe a ESF e deve atuar de maneira efetiva na qualidade do cuidado dos pacientes portadores de DCNT. Através do acompanhamento odontológico é possível disponibilizar uma melhora e manutenção da saúde geral.

O matriciamento tem como finalidade ser uma ferramenta de mudança no processo de trabalho na ESF, proporcionando maior resolutividade e ampliação da atuação dos demais profissionais. O apoio matricial tenta instituir integração, coordenação e comunicação entre os profissionais, criando um espaço onde haja comunicação ativa e funcional entre os membros da equipe.

OBJETIVO

A estratificação do risco cardiovascular é uma importante chave para a prevenção de eventos cardiovasculares, não meramente pela presença de patologias ou alterações químicas de forma isolada, mas pela atribuição de valores ao somatório de risco decorrentes de múltiplos fatores em cada indivíduo. Esse relato tem por objetivo descrever a importância do envolvimento de toda equipe técnica na realização da estratificação.

DESCRIÇAO DA EXPERIENCIA

O Time Local matriciou toda a Equipe da UBS Jd Santa Maria para o correto preenchimento da ferramenta de estratificação de risco cardiovascular, a qual tem validade de até 2 anos. Para auxiliar nessa fase de classificação do risco cardiovascular, uma cirurgiã dentista da Unidade solicitou que o setor tivesse uma balança, além de 1 fita métrica para a mensuração da C.A e outra, para a averiguação da estatura. Essa última, está fixada na parede do setor, o que facilita bem o processo. Com isso, o cálculo do IMC é realizado e o processo da estratificação é iniciado.

A administrativa responsável pela inclusão desses dados no Sistema institucional, recebe esses prontuários diariamente e inclui este dado para evidenciar essa consulta odontológica à esse paciente crônico, visto a importância da prevenção e promoção da saúde bucal em pacientes portadores de DCNT.

RESULTADOS ALCANÇADOS

Mensalmente esses dados são levados ao Time para avaliar os indicadores da Unidade, planejar melhorias de acesso e assistência, além da longitudinalidade do cuidado à essa prioridade. Com essa estratégia, a Unidade vem aumentando esse indicador de estratificação de risco realizado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através desse relato, observamos a importância do fortalecimento da equipe multiprofissional pelo Time Local, quanto ao comprometimento e aprimoramento do conhecimento complementar na melhoria dos indicadores estratégicos. Além de mostrar a importância do cirurgião dentista no cuidado efetivo ao paciente crônico, visto suas necessidades quanto a promoção, prevenção e recuperação de possíveis problemas ocasionados devido às DCNT.

Rua Harry Dannemberg, 276 - Itaquera | São Paulo - SP | +55 11 2344-4600

DOENÇAS CRÔNICAS

RELATO DE EXPERIÊNCIA DO TIME SOB CONTROLE – UBS JARDIM MAIA

INTRODUÇÃO

As condições crônicas não-transmissíveis estão entre as principais causa de mortalidade a nível nacional e mundial., são ainda responsáveis por elevados números de hospitalizações em decorrência das agudizações destas doenças. Por estes motivos a instituição de uma linha de cuidado como o Time Sob Controle promove uma visão ampliada acerca dos pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM), na perspectiva da discussão centrada na pessoa a partir do seu estilo de vida, entre outras variáveis que impactam no processo saúde e doença.

O uso de protocolos assistenciais e ferramentas de estratificação de riscos permite um melhor direcionamento nas condutas profissionais, promovendo reorganização do acesso e inserção do usuário conforme classificação de riscos cardiovascular, além de minimizar agravos através de ações promovidas pela Atenção Primária à Saúde por equipe multiprofissional e sem dúvidas pelo autocuidado do paciente.

O estabelecimento de um Time com diferentes categorias profissionais possibilita troca de saberes ricas e fortalece o trabalho intersetorial, e ainda possibilita o fortalecimento do conceito de cuidado longitudinal permanentes na direção de mudança do estilo de vida.

Partindo destes princípios, a UBS Jardim Maia em alinhamento com a instituição tem traçado metas e objetivos que impactem na diminuição da mortalidade, hospitalizações e sequelas ocasionadas pelas condições crônicas, bem como promover qualidade de vida aos pacientes assistidos.

OBJETIVO

Cadastrar e monitorar os usuários com hipertensão e diabetes promovendo qualidade de vida e diminuição da mortalidade por estas condições.

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

O time sob controle local se empoderou do recurso institucional para gestão do cuidado e acesso dos pacientes com doença crônica não-transmissíveis e identificou fragilidades nas informações registradas no Sistema Crônicos tais como: duplicidades, pacientes cadastrados com ausência de informações/diagnóstico. Diante deste cenário, sinalizou e direcionou as equipes as inconsistências existentes através da lista nominal gerada pelo sistema, as quais confrontaram com o book dos ACS para identificação dos usuários por condição: somente HAS, somente DM e, HAS e DM, procedendo as correções e elaborando plano de ação para garantia do acesso pós pandemia da COVID-19. Foi pactuado que mensalmente estas informações serão monitoradas pelas equipes. Após a correção das não conformidades o time tem avançado na retomada das estratificações e na avaliação do pé diabético.

RESULTADOS ALCANÇADOS

Cadastro de 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos do território no sistema crônicos, totalizando 5742 usuários, tendo 44,7% já estratificados. Registro de 5414 atendimentos multidisciplinares a paciente com doença crônica não-transmissíveis em 2022. Correção de mais de duas mil duplicidades no sistema crônicos e compreensão da gravidade do paciente portador de HAS e DM pelos ACS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebeu-se que as equipes se apropriaram melhor das condições dos seus pacientes, gerando melhorias na gestão do cuidado e no acesso prezando pela equidade.

Rua Harry Dannemberg, 276 - Itaquera | São Paulo - SP | +55 11 2344-4600

RELATO DE EXPERIÊNCIA DO TIME SOB CONTROLE – UBS JD. SOARES

INTRODUÇÃO

O trabalho na Atenção Primaria a Saúde (APS) traz cenários desafiadores frente as demandas do cotidiano e dos cenários mundiais, tais como a COVID 19. Para enfrentar os desafios, elaboramos estratégias mensais e diárias.

Diante deste cenário, o manejo dos pacientes com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) vem se tornando cada vez mais necessário. Elaborar estratégias para o monitoramento se tornou fundamental para o auxílio na assistência à esses pacientes, e o Time Sob Controle local da UBS JD Soares busca sempre criar novas estratégias.

Esta UBS está localizada no extremo leste de São Paulo. Composta por 10 equipes de ESF, tem 11.556 famílias e 32.900 pessoas cadastradas. Frente a este cenário, a taxa de incidência é prevista de 6.230 (23,9%) para Hipertensão Arterial (HA) e 2.007 (7,7%) para Diabéticos (DIA).

Diversas atividades e estratégias foram elaboradas e reformuladas, para alcançar os objetivos e metas propostas pelo Time Sob Controle local e institucional, tais como: Busca ativa de novos pacientes, elaboração de atividades educativas, reformulação da agenda conforme a taxa de prevalência e a Estratificação do Risco Cardiovascular (RCV).

OBJETIVO

Realizar um breve relado da experiência da UBS JD. Soares na formação e construção do processo de trabalho do TSC e seus resultados alcançados.

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

O Time Sob Controle foi formado após orientação e implantação do protocolo institucional. Desta forma, o time local é composto por 1 representante de cada categoria profissional: Gerente, 1 Enfermeiro, 1 Médico, 1 Auxiliar de Enfermagem e 1 profissional da Equipe Multiprofissional (Odontologia, Farmácia e EMAB), além do administrativo. Porém devido ao cenário de 10 equipes / 60 micros, optou-se em solicitar a presença de 1 profissional por equipe, sendo o Agente Comunitário de Saúde (ACS).

A inserção do ACS foi de extrema importância na construção dos processos pensados pelo Time, pois atuam como facilitadores nas etapas de discussões e construções entre o Time e as equipes.

RESULTADOS ALCANÇADOS

O papel do ACS foi fortalecido dentro das equipes e na comunidade, discutindo os planos de ações, reforçando as orientações no território na busca de novos usuários que não possuem o diagnostico, além de contribuir para a adesão nas metas terapêuticas.

A UBS atualmente apresenta a prevalência de 22,3% para HA e 8,7% para DIA, destes 5.023 estratificados (78,2%) e 1398 (21,9%) em andamento. Sendo 19,1% Baixo; 20,7% Médio; 48,9% Alto Risco Sem Doença CV/Renal e 11,3% Alto Risco Com Doença CV/Renal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envolvimento da equipe multiprofissional e a Estratificação de Risco Cardiovascular possibilitou maior segurança na gestão do cuidado e a oferta do acesso aos usuários no serviço de saúde, de acordo com as orientações do protocolo de DCNT, garantindo uma qualidade assistencial.

Rua Harry Dannemberg, 276 - Itaquera | São Paulo - SP | +55 11 2344-4600

www.santamarcelina.org

RELATO DE EXPERIÊNCIA DO TIME SOB CONTROLE – UBS CARLOS GENTILE DE MELO

INTRODUÇÃO

No contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), as doenças crônicas são parte de rotina diária de atendimentos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Fruto da transição demográfica, melhora das condições gerais (sanitárias, de acesso) e expectativa de vida longeva, os serviços precisam estar preparados para lidar com pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), Dor Crônica, entre outros, bem como outros agravos a longo prazo, consequentes a essas enfermidades.

Desta forma, a APS tem papel fundamental na articulação da assistência e cuidado, promovendo a prevenção, promoção em saúde e favorecendo o acesso à reabilitação. Um dos exemplos que favorecem a nossa atuação de forma mais efetiva para os portadores de HAS é a Estratificação de Risco Cardiovascular, embasada no protocolo técnico do Time Sob Controle.

Tal medida é de extrema importância, visto que mais de 30 milhões de pessoas em nosso país são portadoras da hipertensão e ocupamos a quinta posição no mundo nos diagnósticos de diabéticos. Assim, um acompanhamento longitudinal aos pacientes portadores dessas comorbidades, é fundamental.

OBJETIVO

Qualificar o atendimento dos pacientes crônicos , através da facilitação do acesso, por meio do princípio da equidade, de forma multidisciplinar.

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

O atendimento dos Grupos Sob Controle é realizado de forma sistemática e periódica, respeitando a classificação de risco, através da integração de todos os membros da equipe de saúde: desde os(as) Agentes Comunitários que realizam as convocações, trazem as demandas de cada paciente, como em consultas compartilhadas entre médicos e enfermeiros, favorecendo um cuidado individualizado, que atenda às necessidades de cada paciente.

A ferramenta de estratificação de risco, baseada nas Diretrizes de Hipertensão, possibilita sistematizar a gravidade das comorbidades (LOAS, DCV, DRC, entre outros) facilitando o acesso e encaminhamento à atenção secundária através dos princípios de equidade.

RESULTADOS ALCANÇADOS

Na UBS Carlos Gentile de Melo – Cidade Tiradentes, SP, entre os anos de 2018 a 2022, foram realizadas a estratificação de 81,4% do total de pacientes portadores de HAS e DM. Referente aos atendimentos médico e de enfermagem, somam 89,1% de consultas realizadas no período de 2022 ao Grupo Sob Controle.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização da Estratificação de Risco realizada em cada indivíduo portador de doença crônica (HAS e DM), auxilia na decisão terapêutica, na organização da agenda, objetivando a gestão longitudinal do cuidado e análise prognóstica, o que se enquadra nos princípios éticos do SUS, bem como nos princípios da Atenção Primária à Saúde.

BIBLIOGRAFIA

BARROSO, W. K. S. *et al.* Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial – 2020. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 116, n. 3, p. 516-658, mar. 2021. Disponível em: https://doi.org/10.36660/abc.20201238. Acesso em: 14 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 8 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Serviços farmacêuticos na atenção básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 108 p. (Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica, 1).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 56p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 28, v.1). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf. Acesso em: 14 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. **Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM): protocolo.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 96 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_06.pdf . Acesso em: 14 jul. 2022.

CECILIO, L. C. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface,** Botucatu, v. 15, n. 37, p. 589-599, jun. 2011.

FALUDI, A. A. *et al*. Atualização da diretriz brasileira de dislipidemias e prevenção da arteriosclerose – 2017. **Arquivos Brasileiro de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 109, n. 2 suppl 1, p. 1-76, jul. 2017.

GRIPP, A. **Você sabe qual a diferença entre EQUIPE E TIME**? 2014. Disponível em: http://www.annelisegripp.com.br/voce-sabe-qual-a-diferenca-entre-equipe-e-time. Acesso em: 30 mar. 2018.

LEVIN, A. et. *al*. Kidney disease: improving global outcomes (KDIGO) CKD work group. KDIGO 2012 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. **Kidney International Supplements**, [*s.l.*]. v.3, p. 1-150, jan. 2013. Disponível em: https://www.researchgate.net/journal/Kidney-International-Supplements-2157-1716 . Acesso em: 14 jul. 2022

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.

OLIVEIRA, J.; MONTENEGRO JR., R.; VENCIO, S. **Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes**. São Paulo: Clannad, 2017.

OLIVEIRA, J.; MONTENEGRO JR., R.; VENCIO, S. **Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes**. São Paulo: Clannad, 2022.

SÃO PAULO (Município). **Cuidando de todos**: DCNT doenças crônicas não transmissíveis na atenção primária à saúde (APS): protocolo de linha de cuidados das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) na atenção primária à saúde (APS): hipertensão arterial e diabetes mellitus. São Paulo: Instituto Tellus, 2020. 44 p.

SÃO PAULO (Município). Secretaria da Saúde. Coordenação da Atenção Básica. Estratégia Saúde da Família. **Manual técnico**: saúde do adulto. 4. ed. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde, 2016. 120 p.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO: Ministério da Saúde, 2004. 726 p.